



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

septembre
2011



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,
Dr Omar Brixi, 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 Paul Cesbron, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
D^r Richard Lopez, Directeur de la santé à Champigny,
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:

Un mur est devant nous Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique Par le D ^r Gilles Lazimi, le D ^r Emmanuelle Piet et M ^{me} Marie France Casalis	Page 9
Télémedecine, faux nez des carences d'un système de soins Par le P ^r Antoine Flahault	Page 19
Un million de retraités sous le seuil de pauvreté Par José Caudron	Page 20
Les maladies à but lucratif : sur le rôle des sciences dans la légitimation des troubles de santé construits pour générer du profit Par Cyril Rauch & le D ^r Aurélien Madouasse	Page 21
Billet d'humeur : Pour en finir avec le secteur privé à l'hôpital public Par le D ^r Michel Limousin	Page 28
Alzheimer, « Cette maladie inhumaine qui permet d'atteindre le cœur même de l'Humanité » Par M ^{me} Catherine Ollivet	Page 29
La faiblesse du projet du PS sur la Protection sociale Par M ^{me} Catherine Mills	Page 34
Le scandale de l'amiante : la conscience française s'est réveillée bien trop tard Par Henri Boumandil	Page 36
De la Loi HPST aux Assises Régionales de la Santé Par le D ^r Fabien Cohen	Page 43
Continuer le débat sur la dépendance : Contribution d'Attac & Copernic (Christiane Marty)	Page 54
Contribution du NPA (Bernard Hess & Jean-Claude Laumonier)	Page 54
Contribution du Parti de Gauche (Catherine Jouanneau)	Page 55
Dépendance : Construire l'alternative Par Michel Katchadourian et Frédéric Rauch	Page 57

Le dossier Santé & Liberté :

Déclaration de la rédaction sur la Loi psychiatrique De la Rédaction des Cahiers	Page 64
La psychiatrie ne doit pas être l'otage du tournant sécuritaire Par les D ^{rs} I. Montet et J.-C. Penochet	Page 65
Appliquer une loi anti-thérapeutique ? Communiqué du 29 juillet 2011 par le Collectif des 39	Page 67
Santé au travail : une réforme régressive, une maladie aggravée Par le D ^r Gérard Lucas	Page 68
Droits des patients: des acquis à consolider et faire vivre Par Dominique Durant	Page 71
Prison / Santé ? Par Michel Katchadourian	Page 75
<i>Les brèves :</i>	Page 78

Les notes de lecture : Page 84

« Le temps de l'altruisme », éditions Odile Jacob – 2009, de Philippe Kourilsky : <i>note de Paul Cesbron (juillet 2011)</i>	Page 84
« Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser » : <i>Note de Michel Katchadourian (mai 2011)</i>	Page 86
« La prise de position du Conseil National des Retraités et Personnes Âgées. » <i>Note de lecture de Jean-Luc Gibelin (juin 2011)</i>	Page 89
Lecture & Analyse critique de la motion d'Europe Ecologie les Verts Sur la perte d'autonomie : <i>Note de Jean-Luc Gibelin (juillet 2011)</i>	Page 92
« Neuf mois pour devenir parents » de Paul Cesbron & Sylvain Missonnier, Editions Fayard. <i>Note de Michel Limousin (juin 2011)</i>	Page 93
« Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? » Pierre Louis Bras, professeur associé Paris Ouest Nanterre La Défense : <i>Note du Dr Eric May (juin 2011)</i>	Page 93

Les documents : Page 98

Document N°1 : Médecine du travail : Non à l'abrogation de la Loi CROIZAT !	Page 98
Document N°2 : Amiante : Le procureur de Turin réclame 2 ans de prison pour deux grands patrons d'Eternit. (Communiqué de l'ANDEVA en date du 5 juillet 2011)	Page 100

Les actes du Séminaire :

« Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ? » Trois contributions écrites de M ^{me} Catherine Mills :	
Une crise d'efficacité du système de santé	Page 101
Des réformes libérales qui enfoncent dans la crise le système de santé	Page 106
Pour une autre réforme du système de santé conjuguant efficacité sociale & solidarité	Page 112
Séance du 19 mai 2011 : Quel financement pour l'hôpital ? Conférence Jean-Paul Domin	Page 114

Editorial

Un mur est devant nous

Bien souvent nous nous sommes heurtés aux murs. Les murs de l'histoire : le mur de Berlin, le mur de l'Atlantique, le mur de l'ignorance, le mur de l'argent et tous les murs de lamentations possibles... Aujourd'hui, c'est le mur de la finance qui se dresse devant les peuples du monde entier. Une société financiarisée à outrance, virtuelle, qui a perdu de vue l'essentiel : les hommes, les femmes, la vie. Les gens, tels qu'ils sont, tels qu'ils vivent, avec leurs espoirs, leurs aspirations, leurs joies et leurs souffrances, leurs besoins. Une société qui ne sait même plus où sont passées ses richesses. Qu'a-t-elle fait de son argent ?

La crise financière engendre la crise économique et la crise sociale. Elle engendre la crise politique. Les Etats se sont endettés pour prendre à leur charge les dettes pourries des banques et le pouvoir n'envisage d'autres solutions que de faire payer le peuple. C'est une impasse parce que si on ne s'attaque pas aux vraies causes des problèmes, on ne fait qu'aggraver la situation. On s'enfonce un peu plus. C'était visible en 2007 et 2008 ; c'est encore plus visible aujourd'hui en 2011.

La santé sera touchée parce que la protection sociale sera dégradée. On oublie que la santé est un secteur économique qui participe à la création de la richesse. Que c'est un facteur d'émancipation humaine. On oublie que l'Homme a besoin de soins, d'attention, de partage. On oublie que les rapports de domination sont historiquement condamnés.

Ils se lamentent : on n'avait pas vu venir la rechute de la crise. Le thermomètre est responsable de la fièvre ! Bientôt ils diront que la démocratie est un facteur de risque.

Le capitalisme est incapable de répondre aux besoins de l'Humanité. Alors que les moyens du progrès sont là, alors que la science offre des perspectives inédites, que le savoir se répand, nous constatons : famine en Afrique, des guerres opaques un peu partout dont on ignore l'utilité, chômage et précarité. En France, ces enfants qui ne partent pas en vacances, ces mères de famille épuisées par les charges quotidiennes, les jeunes humiliés, l'accès aux soins qui recule, les libertés qui s'effritent. Le capitalisme-roi est nu.

Nous avons continué dans cette nouvelle livraison des Cahiers d'ouvrir le débat sur la santé publique et la protection sociale. Nous avons continué à confronter les idées sur la question de la dépendance comme nous

l'avions fait en avril. Nous avons préparé un dossier sur la question du recul des libertés dans notre champ d'exploration. Nous continuons à essayer de déchiffrer les signes de l'espoir, du renouveau possible, les pistes alternatives pour une autre politique. L'angle d'analyse santé publique et protection sociale garde à l'évidence toute sa pertinence pour une analyse plus globale de la société. Il nous montre le reflet du monde tel qu'il va.

Et si nous sommes pertinents, n'avons-nous pas aussi le devoir d'être impertinents ? Merci de nous faire part de vos avis, observations et critiques. Et n'hésitez pas à soumettre à notre Comité de lecture des textes que nous puissions partager.

D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef

Décès de Benoît Monier

C'est avec une profonde tristesse que nous avons appris le décès de notre ami Benoît Monier. Benoît Monnier a été un militant communiste, syndicaliste et politique. Il avait contribué à la création de l'UNEF Renouveau dont il avait été le premier président à la fin des années 60. Nous l'avons connu ensuite dans son activité au service de la commission santé / protection sociale du Pcf durant de nombreuses années. Il avait coopéré dès le début en 2003 à la Revue de santé publique et de protection sociale du Pcf. Il avait acquis une très grande connaissance du système de santé, c'était un expert – militant. Il avait permis des rapprochements fructueux entre la commission santé et le groupe communiste à l'Assemblée Nationale. Il avait contribué activement et efficacement à nos travaux pour une réforme de progrès et d'efficacité sociale et notamment son financement. On lui doit la coordination du travail de propositions entamé avec les élus des groupes communistes à l'Assemblée nationale et au Sénat. Avec les assistants parlementaires, les économistes communistes et la commission santé – protection sociale, il avait contribué à la bataille des retraites en 2003, et coopéré à l'ouvrage sur les retraites (Des luttes immédiates à une réforme alternative) publié au Temps des Cerises. Il avait réussi à faire vivre le travail collectif de la commission santé quels que soient les changements de sa direction politique. Il était très attaché à ce que la commission santé soit visible et crédible notamment au niveau de ses propositions alternatives.

C'est un ami qui nous quitte brutalement, qui nous manque cruellement. Un infatigable travailleur intellectuel qui n'a jamais reculé devant la difficulté, notre peine est immense. Nous transmettons à sa femme et à ses enfants toute notre affection.

La rédaction

Articles

Violences faites aux femmes en France & rôle des professionnels de santé, tableaux cliniques et études de repérage systématique

Par le D^r Gilles Lazimi, le D^r Emmanuelle Piet et M^{me} Marie France Casalis

NDLR : Le D^r Gilles LAZIMI est médecin généraliste Centre municipal de santé de Romainville, chargé d'enseignement en médecine générale UPMC Paris 6, membre du DERMG, membre du CFCV et de SOS Femmes 93 (lazimigilles@hotmail.fr). Le D^r Emmanuelle PIET est médecin départemental de PMI de Seine-Saint-Denis et Présidente du Collectif Féministe Contre le Viol (CFCV). Et M^{me} Marie-France Casalis, anciennement conseillère technique à la Délégation régionale aux Droits des femmes d'Ile-de-France, est responsable du pôle formation du CFCV. Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

Chaque jour en France, 1 femme sur 10 vit dans la terreur au sein même de son foyer^{(1),(2)}... Chaque jour en France, les enfants de ces femmes sont « témoins » des violences que leur père inflige à leur mère ; ils n'en sont pas « seulement » témoins, mais aussi victimes. La première démarche des femmes victimes de violences est de consulter les professionnels de santé. Elles consultent pour des soins mais n'osent pas révéler l'origine de leurs maux craignant que leur parole ne soit pas reçue pour vraie. Les violences subies ont un impact dans de multiples tableaux cliniques, les femmes victimes et leurs enfants présentent de très graves problèmes de santé faisant de la violence conjugale un véritable problème de santé publique. Tant que les violences ne sont pas dépistées, tant que les victimes ne sont pas reconnues comme telles, les conséquences cliniques s'aggravent, le praticien ne traitant que les symptômes sans agir sur leur cause.

En médecine générale, parmi les consultantes, une femme sur quatre a subi des violences au cours de sa vie⁽³⁾. Les enfants des femmes victimes sont eux aussi, le plus souvent, suivis en médecine générale sans que le lien avec l'origine de leurs troubles soit établi⁽⁴⁾. Repérer, dépister les violences subies doit devenir un réflexe du praticien dont l'interrogatoire doit comporter des questions explicites permettant aux victimes de dévoiler leur situation.

Quels sont les éléments de repérage et les tableaux cliniques permettant au médecin généraliste de suspecter des violences subies par les femmes ? Y a-t-il des tableaux spécifiques ? Quelle est la place du médecin ? Quel peut être son rôle dans le repérage des violences ? Quel peut être son rôle dans l'accompagnement de ces femmes victimes de violences ? Les questions sont nombreuses et pour y répondre nous présenterons les résultats de plusieurs études de repérage systématique réalisées en consultations médicales.

Il est essentiel qu'enfin soit mis en place dans nos facultés de médecine un véritable enseignement initial et continu sur les violences faites aux femmes et leurs conséquences en matière de santé car le rôle des médecins est fondamental.

Les violences faites aux femmes sont encore trop ignorées par la société dans son ensemble et notamment, aussi, par les professionnels de santé que nous sommes, alors même que le retentissement des violences sur la santé est considérable. Nous sommes confrontés là un problème majeur de santé publique (Rapport du Pr Henrion 2001)⁽⁵⁾.

Depuis plusieurs décennies la caractéristique sexiste de la violence masculine à l'encontre des femmes est reconnue. L'Etat en France a reconnu cette analyse comme référence et comme base de prise en charge et de prévention de ces violences.

Fonder l'action sur la lutte contre le sexisme est une condition essentielle pour améliorer la prise en compte

¹ Henrion R. Les femmes victimes de violence conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la santé. Paris ; la Documentation Française ; Février 2001.

² Jaspard M. Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEF), 2000.

³ Eisenstat, Bancroft. Domestic violence. The New England Journal of Medicine ; 341(12) :886-92.

⁴ Lazimi Gilles, « Enfants exposés aux violences dans le couple » paru dans la La Revue du Praticien médecine générale. Tome 24, n° 851 I du 29 novembre au 3 décembre 2010.

⁵ Henrion R. Les femmes victimes de violence conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la santé. Paris ; la Documentation Française ; février 2001.

de la violence à l'encontre des femmes. Ceci entraîne une remise en cause de la répartition des pouvoirs entre hommes et femmes et l'implication de l'ensemble des institutions et des acteurs de la société dans la lutte contre les violences faites aux femmes. Chacun dans son domaine doit assurer sa mission en complémentarité avec l'action des autres intervenants. Il nous revient d'aider et accompagner ces femmes victimes pour mettre un terme à des violences que notre société a trop longtemps tolérées et qui sont aujourd'hui constitutives d'infractions pénales : délits et crimes.

Nous, professionnels de santé, avons un rôle à jouer au même titre que l'Etat et les professionnels du secteur social, de la justice, de la police, de l'éducation, de l'aide aux personnes. Dans ce réseau d'intervenants, notre rôle est spécifique : dépister, évaluer et traiter l'impact des violences sur la santé physique et psychique des victimes.

1. Un premier rappel de quelques chiffres épidémiologiques :

Chaque jour en France, 1 femme sur 10 vit dans la terreur au sein même de son foyer... (Etude ENVEFF réalisée auprès de femmes de 20 à 59 ans)⁽⁶⁾. L'ampleur des violences exercées par un conjoint à l'encontre de sa femme est de mieux en mieux évaluée. L'Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF-2000) a établi que, dans les 12 mois précédant l'enquête, 1 femme sur 10 avait subi des violences exercées par son compagnon. Rapporté à la population francilienne, ce sont ainsi 350 000 femmes qui ont été victimes de leur conjoint au cours de l'année 1999.

Des vulnérabilités particulières ont été mises à jour dans l'enquête. Ainsi, lorsqu'elles ont subi des violences physiques durant l'enfance, les femmes encourent 3 fois plus le risque d'en subir à l'âge adulte ; lorsqu'elles ont subi des violences sexuelles dans l'enfance, elles sont 5 fois plus nombreuses à en subir des violences à l'âge adulte. L'ENVEFF a également montré que les violences conjugales se retrouvaient dans tous les milieux sociaux à un pourcentage équivalent avec toutefois une proportion plus élevée dans les catégories sociales les plus favorisées, plus élevée également pour les femmes en situation de précarité. La violence conjugale est un processus au cours duquel, dans une relation privilégiée, un partenaire exerce une domination par des agressions physiques, psychiques, sexuelles, économiques. Ces violences se distin-

guent des conflits de couple en difficulté (Rapport du Pr Henrion 2001)^{(7), (8)}.

Les violences du conjoint dans 40 % des cas débutent à la première grossesse, et dans 40 % des cas redoublent durant la grossesse. Une récente étude auprès de femmes demandant une interruption volontaire de grossesse a montré le lien entre violence et IVG, nous en reparlerons plus loin (C. Sarafis DU victimologie 2009)⁽⁹⁾.

On peut ainsi évaluer d'1 million 500 000 à 2 millions le nombre de femmes confrontées chaque année à la violence d'un partenaire. En moyenne, ces femmes sont mères de 2 enfants ce qui veut dire qu'en France, 3 millions d'enfants vivent dans un foyer où le père violence la mère. Une femme meurt tous les deux jours et demi en France sous les coups de son conjoint ou ex-conjoint. En ce qui concerne ces homicides, l'enquête annuelle des services du Ministère de l'Intérieur établit qu'en 2009 : 140 femmes ont été tuées par leur partenaire ou ex-partenaire de vie (conjoint, concubin, pacsé, ex-). Dix enfants ont été tués dans ce contexte par le meurtrier de leur mère.

Une étude européenne révèle que ce chiffre est largement sous évalué et que plus d'1 femme par jour meurt des conséquences des coups de son conjoint ou ex-conjoint (Etude PSYTEL financée par le programme européen DAPHNE)⁽¹⁰⁾.

Concernant le viol et les tentatives de viols : quelques chiffres encore :

L'Enquête nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF) établit que parmi les femmes de 20 à 59 ans : 48 000 femmes ont été victimes de viols durant l'année 1999. Pourtant, la même année, ne sont enregistrées que 3 490 plaintes pour viols déposées par des victimes majeures (femmes et hommes confondus).

L'Enquête Contexte de sexualité en France CSF 2006 :

Une personne sur cinq déclare avoir été victime au cours de sa vie de tentative de viol ou de viol.

⁶ Jaspard M. Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), 2000.

⁷ Henrion R. Les femmes victimes de violence conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la santé. Paris ; la Documentation Française ; Février 2001

⁸ Jaspard M. Enquête Nationale sur les Violences Envers les Femmes en France (ENVEFF), 2000.

⁹ Sarafis C. L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales. Mémoire présenté en vue de l'obtention du DU de victimologie. Promotion 2008-2009.

¹⁰ Etude Psytel : Estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en Europe - « IPV EU_Mortality » Projet n° JLS/2007/DAP-1/140 www.psytel.eu/

Près d'1 femme sur 6, moins d'1 homme sur 20. Parmi les femmes de 18 à 39 ans, 11 % ont été victimes d'une tentative de viol, ou d'un viol avant 18 ans. Les deux tiers des femmes ayant subi tentative de viol, ou viol, l'ont subi avant 18 ans. Plus de 90 % (92 % des femmes et 95 % des hommes) ont été victimes d'un seul agresseur. L'agresseur est un proche, ou quelqu'un connu de la victime, dans 83 % des situations. D'après l'enquête, 4 % des tentatives de viol, ou violés subis par les femmes sont signalés à la police ou la gendarmerie !! Seule une infime minorité de violés font l'objet d'une plainte !

L'Enquête INSEE 2005-2006 Cadre de vie et sécurité 2007 :

En 2005 ou en 2006, 1,5 % des femmes entre 18 et 59 ans ont subi un viol ou une tentative de viol : soit 120 000 femmes en une seule année. Les jeunes femmes sont plus exposées. L'enquête souligne que 25 % des agressions (4,7 % des violés) sont commises sur le lieu de travail.

Un sondage organisé par la SOFRES à la demande de l'Association des Victimes d'Inceste (AIVI) a permis d'évaluer à 2 millions le nombre de personnes victimes d'inceste⁽¹¹⁾.

Retenons aussi de ces enquêtes qu'un très grand nombre de violences sont perpétrées à l'encontre des femmes par des hommes appartenant en très grande majorité à leur entourage : familial, conjugal, professionnel. D'après l'OMS leurs conséquences sur la santé des femmes sont très importantes et entraînent une perte de vie en bonne santé de près de quatre ans. Le retentissement sur les enfants témoins et victimes pèse aussi lourdement sur leur santé.

Le coût médical et social des violences est évalué à près de deux milliards et demi d'euros pour la France !

Coût des violences conjugales en France (2006)
par type de coût :

Coûts humains :

535 Ms € = 22 % Soins de santé
483 Ms € = 20 % Police, Justice
235 Ms € = 9 % Pertes de production
1 099 Ms € = 44 % Aides sociales
120 Ms€ = 5%

Le coût global des violences conjugales en France est estimé à 2,5 milliards d'euros (Mds €) en 2006 (2,1 Mds € - 2,8 Mds €). Ce coût est composé des différents postes de dépenses suivants :

Coûts directs médicaux, correspondant aux soins de santé : 483 millions d'euros (Ms €) ;
Coûts directs non médicaux, correspondant aux recours aux services de police et justice : 235 Ms € ;
Coûts des conséquences sociales et notamment des recours aux aides sociales : 120 Ms € ;
Coûts des pertes de production dues aux décès, aux incarcérations et à l'absentéisme : 1 099 Ms €, représentant plus de 44 % du coût global ;
Coûts humains des violés et des préjudices graves : 535 Ms €.

*Daphné 2006 « Estimation du coût des violences conjugales en Europe »
IPV EU_Cost - Psytel – juin 2009⁽¹²⁾*

Quel peut être le rôle du médecin ?

En premier lieu : c'est au médecin de dépister les femmes victimes de violences à partir des soins que leur état de santé requiert. Or, pour bon nombre d'entre nous, nous ne repérons pas ces patientes, nous ne dépistons pas les violences à l'origine des maux que nous traitons.

2. Tableaux cliniques évocateurs

Quand les femmes victimes de violences ne peuvent pas nous parler des violences qu'elles subissent :

Quels sont les tableaux symptomatiques au premier plan?

Des symptômes évidents existent-ils ?

Des tableaux spécifiques existent-ils ?

Des symptômes ou tableaux font-ils écran, nous empêchant de penser à l'éventualité de violences subies ?

Pourquoi sommes-nous si aveugles ? Les préjugés de notre société nous aveuglent-ils également ?

Les patientes, nous le savons bien, ne nous donnent à voir et à comprendre que ce que nous sollicitons. Et cela dépend aussi de ce que nous sommes prêts à entendre, écouter et prendre en charge. Elles ne mettent à jour que ce qui leur semble entendable par leur médecin... en fonction de l'ouverture du praticien, de son interrogatoire, de sa disponibilité, de son écoute et de son empathie...

¹¹ Les Français face à l'inceste : 2 millions de victimes en France (Sondage IPSOS pour AIVI) 2009 http://aivi.org/fr/telechargements-adherents/cat_view/96-etudes?orderby=dmdate_published

¹² « Estimation du coût des violences conjugales en Europe » - IPV EUCost - Psytel – juin 2009 www.psytel.eu

L'absence de signes spécifiques :

Il n'y a pas de signes spécifiques mais un grand nombre de signes cliniques et de tableaux médicaux, chirurgicaux et psychiatriques peuvent être des conséquences des violences subies par ces femmes.

La liste que nous allons égrener est une liste à la Prévert, presque tous les champs de la médecine générale peuvent s'y retrouver, et nous pensons qu'à l'issue de la lecture de cet article, vous repenserez à quelques patientes

Domaine physique : coups, fractures, blessures....

Ces signes sont fortement évocateurs, mais encore faut-il permettre à la patiente d'en révéler les véritables causes. Pour y parvenir, le moyen le plus efficace est de poser des questions simples lui permettant sans honte, sans qu'elle se sente jugée, de pouvoir le dire et à vous de pouvoir l'entendre. Une fois la parole de la victime libérée il est toujours étonnant en reprenant avec elle le déroulement et l'énumération des violences réitérées dont elle a été victime de constater que le dossier médical ne mentionne pas l'existence de ces faits. Il compile des comptes-rendus, parfois très nombreux, faisant état de tableaux traumatiques, de brûlures, de lésions dont les circonstances n'ont pas été établies et qui sont consécutives à des violences, souvent réitérées, parfois gravissimes.

Troubles psychologiques : hypermotivité, anxiété, dépression, tentative de suicide...

25 fois plus de tentatives de suicides chez les femmes victimes de violences conjugales d'après l'ENVEFF. 50 % des femmes victimes de violences conjugales sont dépressives et majoritairement traitée sans que le lien avec les violences subies soit établi. Etablir ce lien permettrait d'aider et de mieux traiter ces troubles et parfois de se passer de traitements médicamenteux au profit d'un accompagnement de psychothérapie (D^r Gérard Lopez⁽¹³⁾,⁽¹⁴⁾,⁽¹⁵⁾).

Abus de substances : médicaments, alcool, drogues...

Combien de patientes dépendantes de toxiques (légaux et illégaux), se « traitent » par ces produits dangereux pour oublier, s'anesthésier et se dissocier ? Comment supporter sans aide l'isolement, la honte, les souffrances des blessures corporelles, sexuelles et psychiques ? Combien sont-elles à sombrer dans de telles addictions, faute d'avoir pu nous parler, faute d'avoir trouvé de l'aide, faute d'être accompagnées ? Il n'y a malheureusement pas encore assez d'études en France, mais les études réalisées

à l'étranger nous confirment le lien non négligeable entre violences subies et risques d'être dépendants de produits toxiques : alcool, médicaments et drogues illégales.... Le risque d'abus de toxiques serait multiplié de plus de 2 à 4 fois en cas de violences⁽¹⁶⁾,⁽¹⁷⁾.

Troubles alimentaires : boulimie, anorexie....

Comme pour les addictions, certaines formes de boulimie et d'anorexie peuvent être la conséquence de violences subies pendant l'enfance. Quelques auteurs rapportent un risque plus élevé de troubles alimentaires en cas de violences sexuelles, notamment viols et viols incestueux. Là aussi nous manquons d'études en France.

Nous repensons très souvent à deux patientes :

Première situation clinique : *une jeune femme de 27 ans consulte fréquemment pour vomissements et amaigrissement. L'interrogatoire m'a semblé très simple et la reconnaissance de l'anorexie est sans difficulté. La kaliémie est à 2,4 ; je l'hospitalise pour recharge potassique, bilan et soins psychologiques. Pendant plusieurs années, cette patiente a été suivie par les plus grands spécialistes de l'anorexie, sans aucun succès. Ses difficultés ont cessé rapidement après qu'une question toute simple lui est enfin posée : Avez-vous été victime de viols pendant votre enfance ? Elle a répondu par un simple oui, avec une émotion, quelques larmes et le profond soulagement de pouvoir, enfin, le dire, en parler, être écoutée, crue et non pas jugée. Depuis lors, cette patiente va beaucoup mieux. Elle a retrouvé une vie sociale, affective et sexuelle tout à fait satisfaisante, a mis en route une deuxième grossesse, n'est plus suivie pour troubles alimentaires.*

Deuxième situation clinique : *patiente de 33 ans, obèse, 125 kg pour 1 m 60, avec une présentation très négligée, sale, les vêtements tachés et absolument pas à sa taille, trop larges. Elle est accompagnée de trois enfants. Après son départ, je suis obligé d'aérer le cabinet de consultation. Lorsqu'elle consulte à nouveau, elle est seule. Reprenant son histoire j'obtiens alors des réponses quant aux violences qu'elle a subies. Je découvre une enfance maltraitée, viols et agressions sexuelles à l'adolescence et violences conjugales depuis 15 ans. Sa boulimie et l'obésité morbide avaient un lien manifeste avec ces violences. Depuis que le lien a été établi, que l'accompagnement médical et psychologique a été mis en place, elle a perdu près de 25 kg. Elle prend soin d'elle, s'habille mieux, est propre et s'est séparée de son dernier agresseur.*

¹³ Gérard Lopez, Serge Portelli, Les droits des victimes, Dalloz.

¹⁴ Gérard Lopez, Psychothérapie des victimes-Traitements, évaluations, accompagnement Dunod.

¹⁵ Louis Jehel, Gérard Lopez... Psychotraumatismes, évaluation, clinique, traitement, Dunod.

¹⁶ Coker AL, Smith PH, Bethea L, King MR, McKeown RE. Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. Arch Fam Med. 2000 Mai ; 9(5):451-457.

¹⁷ Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Del Río-Lozano M. Physical health consequences of intimate partner violence in Spanish women. Eur J Public Health. 2007 Oct ; 17(5):437-443.

Troubles digestifs : douleurs abdominales, colopathies fonctionnelles, constipation opiniâtre...

Nous avons tous des patientes pour lesquelles nous sommes en échec depuis des années. Cela en devient très désagréable pour nous ; le simple fait de les voir dans notre salle d'attente nous perturbe. Il nous arrive de penser : « Encore elle ! » « Oh ! Non pas elle ! ». Là aussi des études étrangères évoquent un risque multiplié par 2 à 3,6 fois selon les auteurs⁽¹⁸⁾ en cas de violences. Y penser, interroger, peut nous aider et surtout, aider nos patientes.

Troubles psychosomatiques : céphalées, asthénie, engourdissements, fourmillements, palpitations, difficulté à respirer, etc.

Encore des signes d'une grande banalité. Ils peuvent s'intégrer dans un faisceau d'autres signes et, après avoir éliminé les étiologies organiques, nous pourrions les relier à des violences subies.

Maladies chroniques déséquilibrées :

Dans ce cadre aussi, après avoir éliminé les causes de déséquilibre, il faut envisager l'éventualité de violences au domicile subies par nos patientes, notamment en cas de déséquilibre d'un diabète, d'une insuffisance coronarienne, ou d'un asthme... Une étude révèle un risque d'infarctus multiplié dans l'année qui suit des violences.

Tableaux douloureux divers, variables, chroniques sans étiologies retrouvées : arthralgies, myalgies, fibromyalgies ...

Penser encore à ces patientes chez lesquelles un traitement efficace n'entraîne pas d'amélioration, dont tous les examens sont négatifs, patientes qui consultent trop fréquemment ... Parfois, derrière ces symptômes, se cachent des violences subies qui peuvent la cause, la conséquence ou facteur d'aggravation de ces tableaux.

Tableaux gynécologiques : douleurs pelviennes, infections sexuellement transmissibles, dysménorrhée, difficultés sexuelles, anorgasmies, vaginisme... refus d'examen ou examen impossible ...

Autant de tableaux qui doivent nous questionner sur la vie sexuelle de nos patientes, sur les difficultés, voire les violences qu'elles ont éventuellement subies. Le refus d'examen, ou la difficulté lors de l'examen gynécologique, les douleurs pelviennes chroniques et les douleurs lors des rapports sexuels sont toujours des éléments évocateurs de troubles en lien avec la sexualité, et peuvent être liés à des violences subies : rapports « forcés », viols, viols incestueux ou viols conjugaux notamment. Il est important en gynécologie de poser clairement les questions concernant

la vie sexuelle, les rapports, le plaisir, l'absence de plaisir ou les douleurs lors des rapports sexuels, les difficultés. Il faut poser explicitement les questions : les rapports sont-ils consentis ? Forcés ? Que se passe-t-il quand vous ne voulez pas de rapport ? Avez-vous été victimes de violences sexuelles, de viols ?

La réponse permettra dans tous les cas d'éclairer la situation, de relier les souffrances passées et présentes avec l'agression subie. Pour les patientes qui n'ont pas été victimes l'échange permettra d'évoquer explicitement la vie sexuelle et d'agir à bon escient. Dans notre pratique, nous constatons que les patientes sont toujours reconnaissantes que ces questions soient abordées et ce, quelle que soit la réponse.

Enfin le tableau le plus spécifique : celui des états complexes de stress post-traumatique

L'état complexe de stress post-traumatique est décrit comme l'irruption dans le présent d'événements traumatiques subis antérieurement et qui se manifestent par des cauchemars, flash-back, pensées intrusives. Ces manifestations sont associées à des réactions émotionnelles et physiques exagérées, provoquées par un « événement gâchette » qui rappelle le traumatisme. Ces événements déclencheurs peuvent être une odeur, un bruit, un visage, une voix, un lieu, une date, toute chose qui rappelle consciemment, ou inconsciemment, les événements de violences. Des évitements de ce qui pourrait rappeler la scène traumatique. Nous pensons à une patiente qui ne pouvait pas se doucher, car la douche l'amenait à se remémorer les scènes de viols et de fellations de son agresseur et père. Une hypervigilance, réaction de sursaut, troubles de la concentration, irritabilité. Penser à ces patientes qui ne peuvent tenir sur leur chaise, inquiètes au moindre bruit, fixant la porte de peur que quelqu'un entre, ou encore manifestant, subitement, sans motif, une agressivité incompréhensible... Dans une telle situation, après avoir éliminé une pathologie psychiatrique, il faut penser à des violences subies.

Troubles dissociatifs : déréalisation, dépersonnalisation

Ce sont des états de conscience altérée, troubles de la mémoire, de la concentration, de l'attention, des sentiments d'étrangeté, le sentiment d'être spectateur de sa vie, sensation de dépersonnalisation... Ils peuvent avoir des conséquences graves sur le comportement des patientes avec des prises de risques, et des mises en danger d'elle-même⁽¹⁹⁾. Leurs répercussions sur la santé psychique des femmes sont très importantes chez les victimes de traumatismes graves et répétés surtout chez celles ayant subi

¹⁸ Janine Estrada, thèse de doctorat 2011, Vulnérabilité des femmes migrantes en France en situation de précarité face aux violences.

¹⁹ Salmona M. La mémoire traumatique. In : Kedia M. L'aide-mémoire en psychotraumatologie. Paris : Dunod ; 2008: 304 p.

des violences sexuelles dans l'enfance et les victimes de viols.

Au vu de ces tableaux on comprend pourquoi un grand nombre de patientes peuvent être suivies pendant de longues années en psychiatrie pour dépression grave, ou psychose, alors qu'elles sont des victimes d'états complexes de stress post-traumatiques dont l'origine a été occultée et/ou ignorée par les soignants.

Le médecin doit, avec elle, reprendre la biographie de la patiente, les ruptures d'histoire et les violences subies. Ces échanges conduiront à mieux accompagner, mieux traiter et mieux comprendre les attentes et besoins des victimes de violences.

Après avoir établi le lien entre violences passées et pathologies actuelles plusieurs de nos patientes ont pu se libérer de traitements lourds et s'engager dans un accompagnement approprié et plus efficace avec leur psychiatre et leur médecin généraliste. N'oublions pas enfin, que les idées suicidaires, tentatives de suicide et suicides sont fréquemment, nous l'avons vu, des conséquences de violences graves. Il est là, bien sûr, indispensable de poser la question de l'éventualité de violences subies.

Dans le cadre du suivi des grossesses :

Juste un rappel : les violences sont particulièrement graves car elles retentissent à la fois sur la mère et le fœtus. Par ailleurs, la grossesse est une période à très fort risque (début des violences conjugales dans 40 % des situations, aggravation des violences dans 40 %). Il est impératif de poser la question de dépistage dans le suivi de la grossesse. L'examen du quatrième mois le prévoit et il faut que cette recommandation soit appliquée, systématiquement, pour toute patiente. Le faisons-nous ? Il nous faut aussi prendre en compte les risques de retentissement des addictions sur la grossesse.

Grossesse non désirée... IVG :

Une récente étude auprès de femmes demandant une interruption volontaire de grossesse a montré que 23 % des demandes étaient directement liées à des violences (viols, violences conjugales, violences familiales) ; finalement : 1 femme sur 4 avortait à cause de violences subies. (C. Sarafis, conseillère conjugale au Mouvement Français du Planning Familial, Mémoire d'université DU victimologie 2009)⁽²⁰⁾.

L'enfant à naître est lui aussi touché par la violence : mort fœtale in utero ou mort-né, retard de croissance in utero, lésions fœtales : fractures de membres ou plaies par armes blanches, etc. De plus, après l'accouchement, la violence du conjoint invalide la femme dans son rôle de mère, rendant difficiles les soins au bébé, l'allaitement.

Pédiatrie :

Nombreux impacts sur la santé des enfants, nous vous invitons à consulter le rapport du Pr Henrion qui sera plus précis pour ne pas surcharger cette présentation. Reportez-vous également à un article « Enfants exposés aux violences dans le couple » paru dans la LA REVUE DU PRATICIEN⁽²¹⁾.

3. Pourquoi ne repère-t-on pas assez les femmes victimes de violences ?

Malgré leurs lourdes conséquences sur la santé des femmes, malgré des tableaux cliniques évocateurs pléthoriques reprenant l'ensemble des pathologies rencontrées en médecine générale, malgré le nombre élevé de patientes concernées nous, médecins, nous ne « voyons » pas parmi nos patientes celles qui subissent des violences. Lors d'une étude en 2000, les médecins déclaraient ne voir qu'1 à 2 femmes victimes de violences par an (Etude Chambonnet 2000)⁽²²⁾. Pour comprendre et analyser cette carence de repérage, au cours des formations que nous avons animées, nous avons consigné quelques remarques de nos confrères sur les violences faites aux femmes. Il y a quelques années bon nombre de ces remarques auraient pu être les nôtres, avant que nous ne prenions conscience du nombre important des patientes victimes de violences.

Ces préjugés, ces idées reçues nous embrouillent, nous empêchent de penser, de repérer, de dépister, de reconnaître et d'aider nos patientes :

« Pas dans ma clientèle

Pas dans mon quartier

Ou alors c'est la demande de certificat pour coups et blessures, en urgence, ça dure des heures, ce n'est pas évident, y a des aspects médico-légaux que je ne maîtrise pas bien, et puis je suis médecin, je ne suis pas auxiliaire de la justice

Je ne suis pas flic, est ce qu'elle dit bien la vérité ?

Est-ce qu'elle n'essaye pas de faire plonger son époux, et d'obtenir la garde des enfants ?

²⁰ Sarafis C. : L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales. Mémoire présenté en vue de l'obtention du DU de victimologie. Promotion 2008-2009.

²¹ Lazimi Gilles, « Enfants exposés aux violences dans le couple » paru dans La Revue du praticien médecine générale. Tome 24, n° 851 du 29 novembre au 3 décembre 2010.

²² Chambonnet J-Y, Douillard V, Mallet R., Urion J : La violence conjugale : prise en charge en médecine générale. Revue du praticien de médecine générale, 2000, 14, n°507, 1481-85.

*Cela n'a aucune utilité.
Elles restent avec leur agresseur.
Pas un problème médical.
Elles restent, elles le veulent bien.
Y en a qui cherchent !
Y en a qui aiment ça se faire cogner dessus !
C'est la vie, c'est leur vie.
Est-ce bien le rôle du médecin de s'immiscer dans les affaires familiales ?
Difficile de vraiment savoir la vérité, elle aussi elle n'est pas commode...
C'est un problème de vie privée ».*

Notre aveuglement peut s'expliquer par notre difficulté à penser les violences, à les imaginer, à admettre qu'elles existent et concernent de très nombreuses personnes. Ce sont des réalités que, parfois, nous ne pouvons pas personnellement supporter. Nous ne pouvons pas supporter ce constat, admettre que des hommes puissent agir avec autant de cruauté, autant de perversité et que leurs victimes soient si longtemps dans l'incapacité de dénoncer ces faits. Alors nous tolérons ! Et, dans les remarques citées plus haut, nous voyons nos stratégies d'évitement, de dénégation, d'occultation. Nous tolérons ces violences, comme notre société les tolère encore trop souvent.

Ces situations nous dérangent, nous remuent, faisant écho parfois à notre passé, à notre propre histoire. Nous savons grâce au groupe Balint à quel point nos histoires de vie peuvent influencer sur notre prise en charge des patients et notre relation thérapeutique. Nous parlons bien évidemment aussi pour nous ! Enfin, et il faut bien le reconnaître, nous n'avons pas reçu de formation universitaire sur ce thème et la problématique des violences faites aux femmes ne fait l'objet que de rares formations. Certains départements de médecine générale comme ceux de l'université Pierre et Marie Curie et Denis Diderot sont précurseurs depuis plusieurs années cet enseignement à l'intention des internes en médecine générale.

En ce qui concerne la formation médicale continue, il faut saluer les quelques promoteurs de séminaires qui soulèvent des montagnes pour les mettre en place, toujours insuffisamment nombreux : (Laure Vanwassenove⁽²³⁾, Jacques Cubadda à Bordeaux, Cécile Morvant⁽²⁴⁾, d'autres encore à Clermont-Ferrand, Reims...)

Maintenant, si nous interrogeons les femmes victimes sur ce qu'elles attendent du médecin voici ce qu'elles nous disent.

« Si on m'avait posé la question, j'en aurais peut-être parlé... »

« On ne m'a jamais posé la question. »

« J'ai tenté de le dire, mais j'avais trop honte. Qu'en aurait pensé mon médecin ?... »

« Je l'ai dit, mais on ne m'a pas répondu... »

« « J'étais trop mal pour le dire... »

Nous avons grand besoin d'améliorer nos pratiques et pour cela il est nécessaire de mettre en place des formations de qualité, au niveau initial comme dans la formation continue.

4. Etudes de repérage systématique

Repérage des situations à risques ou Attitude systématique ?

En 2004, dans le département de Seine-Saint-Denis, nous avons été à l'initiative avec le D^r Emmanuelle Piet⁽²⁵⁾ d'une campagne de sensibilisation sur les violences faites aux femmes. Elle a entraîné des conséquences importantes sur nos pratiques professionnelles. Nous avons installé dans nos cabinets la série des affiches de la campagne. On y voit des hommes qui délivrent un message de prévention ; l'un dit par exemple : « Moi je ne frappe pas, j'aime ! », « Si je la force, c'est un viol », « Tu es nul, si tu la frappes ».

Le premier jour, à la vue des affiches, une patiente âgée de 65 ans, connue de longue date est en larmes alors que je l'examine sur le divan d'examen. Je l'interroge et elle me confie qu'elle a subi des violences de son conjoint pendant plus de quinze ans. Je n'en savais rien et je la soignais pour HTA, diabète et dépression depuis plus de quinze ans !

La patiente suivante, âgée de 72 ans, suivie depuis plus longtemps que la précédente, est suivie pour obésité, HTA, hypercholestérolémie et dépression. Elle me révèle, elle aussi en larmes, le passé de violences conjugales qu'elle a subi pendant plus de vingt ans ! Et pour cette patiente aussi, alors que je m'estimais compétent et formé sur les violences faites aux femmes, je n'avais rien su !

J'ai alors compris qu'éviter de poser systématiquement la question nous permet de ne rien savoir des violences subies et de passer à côté de nombreuses situations.

Nous savons bien cependant que pour dépister et diagnostiquer l'ensemble des pathologies il faut poser des questions ... pour avoir les réponses.

²³ Morvant C., Lebas J., Chauvin P., Prise en charge de la violence conjugale en médecine générale, un état des lieux des pratiques en Ile de France ; Paris, Institut de l'Humanitaire ; 2000.

²⁴ Vanwassenhove. Violences conjugales : Comment dépister et accompagner les femmes qui en sont victimes ? La revue du Praticien médecine Générale ; tome 18 ; n°664/665, 11 octobre 2004, p.1et2.

²⁵ Lazimi G. : Piet E. Screening of Violence towards Women : Is Systematic Questioning during Medical Consultation Possible, Useful and of Interest ? Communication orale présentée à la 13^e Wonca Europe Conférence, Paris, 17-20 oct. 2007.

Après cette étape, sur les conseils du D^r Emmanuelle Piet et du D^r Gérard Lopez j'ai entrepris des études de dépistage systématique à partir de trois questions.

3 QUESTIONS posées par le médecin de façon systématique à toutes les patientes :

1. *au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences verbales, propos sexistes, humiliants, dévalorisants, injures, menaces ?*
2. *au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences physiques ? Avez-vous reçu des coups, des gifles ? Avez-vous été battue, bousculée par un homme ?*
3. *au cours de votre vie, avez-vous été victime de violences sexuelles : attouchements, viol, rapports forcés ?*

Plusieurs études montrent que la recommandation du Rapport Henrion reste pleinement d'actualité : en matière de violences aussi il faut poser les questions... pour avoir les réponses.

Première étude en 2004 : 100 patientes en consultation de médecine générale au Centre Municipal de Santé (CMS) de Romainville (Seine-St-Denis). En fin de consultation, et quel qu'en soit le motif, j'ai systématiquement posé à 100 patientes (âgées de 18 à 92 ans) les trois questions ci-dessus. Cette étude a fait l'objet d'un mémoire universitaire dans le cadre du DIU Formation complémentaire en Gynécologie et Obstétrique pour le médecin généraliste⁽²⁶⁾.

Les résultats montrent que parmi les femmes interrogées :

- 54 % ont déclaré avoir été victimes de violences :
- 49 % de violences verbales
- 31 % de violences physiques
- 21 % de violences sexuelles

90 % des victimes de violences sexuelles en parlaient pour la première fois

50 % des victimes de violences physiques en parlaient pour la première fois.

Deuxième étude, en 2007 : 557 patientes : j'ai coordonné cette étude pour un mémoire dans le cadre du Diplôme Universitaire Stress Traumatique et Pathologies^{(27), (28)}. Ont participé à l'étude : 51 médecins généralistes et 2 sages-femmes. Ils ont posé les mêmes 3 questions de façon systématique à 557 patientes.

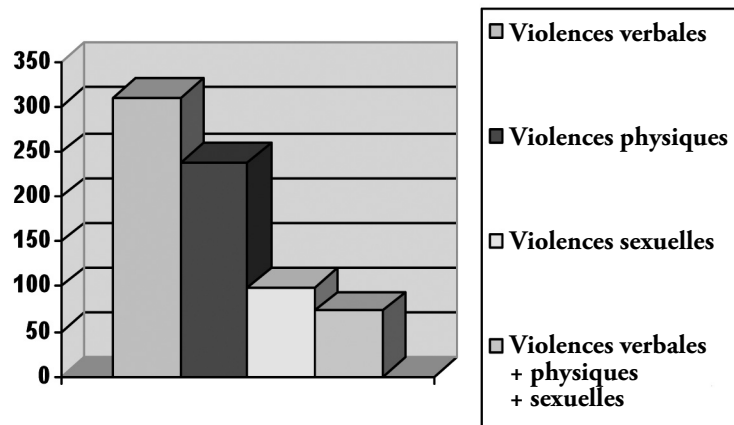
²⁶ Lazimi G. Violences faites aux femmes. Rev Prat Med Gen 2005;19:1180.

²⁷ Lazimi G. : Dépistage des violences faites aux femmes : le questionnement systématique lors de la consultation médicale est-il possible, efficace et intéressant ? Etude réalisée par 51 médecins et 2 sages-femmes. 557 patientes interrogées. Intérêt et faisabilité. Mémoire dans le cadre du diplôme universitaire « Stress, traumatisme et pathologies » : université Paris VI, 2007.

²⁸ Naudin P, Lazimi G. Violences envers les femmes: les sortir du silence. Le Généraliste n° 2442 du 07/03/2008.

Les résultats montrent que parmi les femmes interrogées 63 % ont déclaré avoir été victimes de violences :

- 62,8 % de violences verbales
- 42,7 % de violences physiques
- 17,8 % de violences sexuelles.



5 autres questions ont été posées aux médecins sur l'intérêt et les difficultés de ce dépistage :

1. *Avez-vous eu des difficultés à poser ces questions ?*
2. *Les patientes ont-elles eu du mal à répondre ?*
3. *Y-a-il un intérêt à poser de telles questions pour le professionnel ?*
4. *Avez-vous besoin de vous former ?*
5. *Avez-vous donné de la documentation, des adresses, à vos patientes ?*

Difficulté pour les médecins à poser ces questions :

Près de 77,5 % des médecins répondent qu'ils n'ont pas eu de difficulté à poser ces trois questions de façon systématique.

Difficulté pour leurs patientes d'y répondre :

81 % des médecins déclarent que leurs patientes n'ont eu aucune difficulté à répondre. On peut remarquer que le taux est le même pour les femmes qui déclarent qu'elles n'ont eu aucune difficulté à répondre, que les médecins. Il semble que ce soit la gêne des médecins ou son absence de gêne à poser les questions qui conditionne la gêne pour les patientes à répondre.

Intérêt pour le praticien de poser de telles questions :

L'intérêt pour le professionnel : 96 % des médecins répondent qu'il y a un intérêt pour le professionnel.

Besoin de formation :

Près de 70 % des médecins déclarent avoir besoin de formation sur le thème des violences masculines envers les femmes.

Avez-vous donné de la documentation, des adresses à vos patientes ?

En cas de révélations positives : 6 médecins sur 10 ont donné des informations sur les consultations spécialisées et les associations.

	Etude 2004 1MG 100 patientes LAZIMI	Etude 2007 53M et 2 SF 557 patientes LAZIMI	Etude 2008 Urgences 100 patientes GAZAIGNE	Etude 2008 Sage-femmes 90 patientes DELEPINE
Non victimes	46 %	37 %	36 %	34 %
Violences	54 %	63 %	74 %	66 %
Violences verbales	49 %	62,8 %	63 %	59 %
Violences physiques	31 %	42,7 %	41 %	21 %
Violences sexuelles	21 %	17,8 %	19 %	12 %

Troisième étude, en 2008 : 100 femmes, étude réalisée par la D^r Laure Gazaine, médecin urgentiste à Poissy, pour son mémoire de DES de Médecine Générale sous ma direction⁽²⁹⁾ : Même enquête systématique sur 100 femmes fréquentant les urgences hospitalières.

Les résultats montrent que parmi les femmes interrogées 74 % ont déclaré avoir été victimes de violences :

- 63 % de violences verbales
- 52 % de violences psychologiques
- 41 % de violences physiques
- 19 % de violences sexuelles.

91 % des femmes interrogées ont un médecin traitant référent, et 90 % de ces mêmes femmes sont favorables pour un dépistage actif des violences.

Quatrième étude, en 2007 : 90 femmes enceintes réalisée pour son mémoire du D.E. de Sage-Femme par Mathilde Delespine auprès d'un public de 90 femmes enceintes⁽³⁰⁾.

Les résultats montrent que parmi les femmes interrogées 66 % ont déclaré avoir été victimes de violences :

- 59 % de violences verbales,
- 21 % de violences physiques,
- 12 % de violences sexuelles.

Cinquième étude en 2009 : à Médecins Du Monde (MDM 2009) : questionnaire de 126 femmes migrantes précaires lors des consultations de la Mission Banlieue⁽³¹⁾.

J. Estrada thèse de médecine générale 2011, V. Charruault Master 2 2009 « Expert Démographe » à l'IDUP

Au cours de leur vie :

84 % ont donc déclaré avoir été victimes de violences au moins une fois dans leur vie

71 % d'entre elles des violences verbales ou psychologiques,

57 % des violences physiques

34 % des violences sexuelles.

Au cours des 12 derniers mois,

48 % ont déclaré avoir été victimes de violences

42 % verbales ou psychologiques,

17 % physiques

13 % sexuelles.

Sixième étude, réalisée en 2009 : pour son mémoire de DU de victimologie par Cécile Sarafis et 15 conseillères conjugales de Seine-Saint-Denis⁽³²⁾.

Les résultats montrent que parmi 100 femmes en demande d'interruption de grossesse :

68 % ont été victimes de violences verbales

56 % ont été victimes de violences physiques

30 % ont été victimes de violences sexuelles

23 % des IVG sont en lien direct avec des violences subies :

6 % viols

14 % violences conjugales

3 % violence familiale grave.

Enfin une très récente étude de questionnaire systématique vient d'être réalisée dans les Centres de santé de Grenoble auprès de 263 patientes. L'étude qui va paraître très prochainement, confirme les résultats des études précédemment citées.

Les 7 études réalisées depuis 2004 confirment l'importance du nombre de patientes victimes de violences, la facilité du questionnaire systématique et son intérêt pour le praticien pour ajuster sa prise en charge comme pour les femmes soulagées d'être entendues.

²⁹ Gazaigne L. Violences faites aux femmes : poser la question est-il possible ? - Mémoire de diplôme d'études spécialisées de médecine générale université Paris VI. 2008.

³⁰ Delespine Mathilde, mémoire du D.E. de Sage-Femme, Enquête auprès de 90 femmes enceintes.

³¹ Janine Estrada, thèse de doctorat 2011, Vulnérabilité des femmes migrantes en France en situation de précarité face aux violences.

³² Sarafis C. L'intérêt du dépistage systématique des violences faites aux femmes au cours de l'entretien préalable à un avortement dans la pratique des conseillères conjugales et familiales. Mémoire présenté en vue de l'obtention du D. U. de victimologie. Promotion 2008-2009.

Les bénéfiques du questionnement systématique sont nombreux.

Les patientes peuvent enfin parler, être écoutées, reconnues comme victimes et mises en relation avec le réseau de soutien dont elles ont besoin. Le praticien peut faire le lien avec les tableaux cliniques présents, passés et futurs. Le dialogue devient possible et favorise la réflexion. L'échange avec le praticien remet les choses en place : il y a un agresseur, il y a une victime. Il n'avait pas le droit, elle n'y est pour rien. Petit à petit, la honte va changer de camp. Prendre conscience et analyser le processus d'emprise mis en œuvre par l'auteur des faits devient possible et la victime se libérera progressivement de son sentiment de culpabilité.

Informé et dire :

Lorsqu'elle se confie au médecin une femme victime a besoin que vous lui disiez :

Vous êtes très courageuse, je vous remercie de m'avoir parlé.
Je crois ce que vous me dites.
L'agresseur n'avait pas le droit d'agir comme il l'a fait.
Vous n'êtes en rien responsable de ses actes. Il en est seul responsable.
Ce qu'il a fait là est interdit, c'est puni par la loi.
Rien ne justifie la violence.
Vous êtes en droit de porter plainte.
Je vais vous aider à trouver les appuis dont vous avez besoin pour faire valoir vos droits, pour être en sécurité.
Je vais dès à présent rédiger un certificat.
Je connais des lieux et des associations qui peuvent vous aider, vous accompagner, je vais vous donner leurs adresses.

Il faudra également évaluer les risques pour elle et pour ses enfants et s'assurer qu'elle a des recours en cas d'urgence, orienter éventuellement vers un psychiatre ou un psychologue spécialisé en psycho traumatologie. Être présent, disponible, la revoir, la soigner, lui parler et l'écouter, l'aider à mettre des mots sur ses souffrances lui sera d'une grande aide.

Aider la patiente à analyser et démonter la stratégie de l'agresseur.

D'abord il choisit, sélectionne, séduit celle qui deviendra sa victime, ensuite il organise l'agression, installe l'emprise en fonction de 5 priorités principales :

1. Isoler la victime géographiquement, familialement, socialement, affectivement : elle sera privée d'appuis.

2. L'humilier, la dévaloriser, la traiter comme un objet : critiquer, moquer, insulter, dénigrer, affaiblir : elle perdra l'estime d'elle-même et sa confiance en elle.

3. Inverser la culpabilité : transférer la responsabilité de la violence à la victime, ne se reconnaître aucune responsabilité dans le passage à la violence : la victime ne portera pas plainte elle se croit co-responsable.

4. Instaurer un climat de peur et d'insécurité qui paralyse et entraîne la soumission.

5. Garantir son impunité notamment en recrutant des alliés, en impliquant la victime dans le déroulement des faits, en verrouillant le secret.

Il est essentiel qu'enfin soit mis en place dans nos facultés de médecine un véritable enseignement initial et continu sur les violences faites aux femmes et leurs conséquences en matière de santé car notre rôle de médecins est fondamental. Il ne peut se concevoir que dans un travail en réseau avec les structures et les professionnels impliqués sur le même territoire.

Enfin pour terminer, rappeler cette phrase de Sénèque qui s'applique aussi à la prise en charge des femmes victimes de violences, sur notre difficulté à les accompagner et les soigner et à notre absence de questionnement systématique concernant les violences : « **Ce n'est pas parce que les choses sont difficiles que nous n'osons pas, c'est parce que nous n'osons pas qu'elles sont difficiles** ».

TELEPHONES ET ADRESSES ASSOCIATIONS UTILES

Fédération Nationale Solidarité Femmes :

75, bd Mac Donald – 75019 Paris Tél : 01 40 33 80 60

Violences conjugales Femmes Info Service : 39 19

Collectif Féministe Contre le Viol : VIOL FEMMES INFORMATION N° vert : 0 800 05 9595

Association Européenne contre les Violences faites aux Femmes au Travail (AVFT) : Permanence téléphonique : 01 45 84 24 24

SITES INTERESSANTS ET UTILES

www.victimo.fr

www.violences.fr

www.solidariteFemmes.fr

www.cfcv.fr

www.stop-violences-femmes.gouv.fr

Télémédecine, faux nez des carences d'un système de soins

Par le Professeur Antoine Flahault

NDLR : *le Professeur Antoine Flahault, MD, PhD, est le Directeur de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP, Rennes - Sorbonne Paris Cité), et President of the Association of Schools of Public Health in the European Region (ASPHER, Brussels, Belgium), Editor in Chief of Public Health Reviews. Son blog est particulièrement intéressant pour nos lecteurs.*

Une équipe de chercheurs du système de santé des Vétérans aux USA vient de publier dans *Archives of Internal Medicine*, les résultats d'une revue systématique des études publiées sur l'impact de la télémédecine dans les unités de soins intensifs (USI). L'étude analyse 13 études parues entre 2004 et 2010, et porte sur plus de 40 000 patients hospitalisés en soins intensifs (15 667 patients hospitalisés avant la mise en place de la plateforme de télémédecine, et 25 707 hospitalisés après). Les critères de jugement principaux étaient la mortalité en USI et durant l'ensemble du séjour hospitalier, puis la durée de séjour (en USI et à l'hôpital). Les résultats sont plus que décevants, car très ambigus : seules la mortalité et la durée de séjour en USI sont significativement plus basses après la mise en place d'une surveillance par télémédecine, alors que ces indicateurs sur l'ensemble du séjour hospitalier ne sont pas différents avant et après.

Cette étude a de quoi surprendre en France où les textes réglementaires prévoient une continuité des soins 24h/24, tous les jours de l'année pour des unités d'au moins 8 lits (6 par dérogation donnée par l'ARS), avec une permanence de 1 médecin pour 4 lits et d'un personnel paramédical (2 infirmiers pour 5 patients et 1 aide-soignant pour 4). On est loin du recours à la télémédecine. Mais aux USA, on estime qu'il y a 50 hôpitaux qui ont recours à la télémédecine en USI, et que cela représente 10% des lits d'USI du pays. C'est bien sûr les carences en personnels et l'impossibilité d'assurer une permanence qui conduisent les hôpitaux nord-américains à faire le choix de la télémédecine. Par « télémédecine », on entend plus typiquement dans ce cas, la combinaison de technologies de vidéoconférences, de télé-métrie, de dossiers médicaux électroniques, le tout permettant à des réanimateurs et infirmières réanimateurs situés à distance d'assister localement les équipes dans le traitement des patients hospitalisés en USI. Ainsi s'est développée aux USA une assistance par télémédecine des patients hospitalisés en soins intensifs sans que la moindre preuve

n'ait jamais été apportée de la sécurité et de l'efficacité de ce mode d'organisation. On est loin, comme nous l'écrivions dans de précédents bulletins, du management fondé sur des preuves. Or ces preuves sont loin d'être solides aujourd'hui, après la publication des Vétérans. On ne dispose pas d'essais randomisés sur la question, et les seules études « avant-après » réalisées et méta-analysées ici ne sont pas clairement conclusives. Par ailleurs, l'absence de détails sur la sévérité et les caractéristiques des patients hospitalisés dans les périodes avant et après la mise en place de la télémédecine ouvre la porte à de nombreux biais possibles sur les résultats de telles comparaisons.

Une fois de plus, comme le souligne dans l'éditorial qui accompagne cette publication, Jeremy Kahn, du département de management et des politiques de santé de l'école de santé publique de Pittsburgh en Pennsylvanie : « *l'attrait de la nouveauté, notamment lorsque cette nouveauté semble être une bonne idée, montre qu'il est presque impossible d'y résister* ». Y compris lorsque l'on n'a aucune preuve de son efficacité et de sa sécurité. Une initiative visant à promulguer une réglementation aux USA qui serait proche de celle adoptée en France (appelée le groupe *Leapfrog*, sans me semble-t-il, qu'il faille y voir une quelconque espièglerie vis-à-vis de nos concitoyens), a publié des projections appuyant l'intérêt de la permanence de personnels qualifiés en réanimation : 50 000 vies seraient sauvées et 4,3 milliards de dollars économisés avec du personnel de soins intensifs présent 24h/24. Une revue systématique publiée dans le JAMA en 2002 avait démontré que des USI équipées de personnels permanents qualifiés permettaient des gains substantiels sur la survie des patients. Alors, aujourd'hui, ne cédon pas trop vite aux sirènes du « modernisme » et de la technologie, notamment dans le domaine de l'organisation des soins intensifs, avant d'avoir dûment vérifié, avec des méthodologies éprouvées, l'intérêt de ces innovations en termes de sécurité et d'efficacité pour le patient.

Un million de retraités sous le seuil de pauvreté

Par José Caudron

600 000 personnes âgées touchent le minimum vieillesse qui est inférieur au seuil de pauvreté (900 euros mensuels). En outre, l'analyse des niveaux de vie des retraités intègre d'autres composantes que la pension (activité éventuelle, patrimoine, etc.), ce qui complique les estimations, même si les pensions représentent la plus grosse partie des revenus des retraités (en moyenne 80 à 85 % des revenus totaux). Le nombre de retraités au minimum contributif de la CNAV atteint maintenant 40 % (en particulier des femmes). Ceci va s'aggraver encore avec la réforme de 2010 qui frappera tous ceux qui n'ont pu atteindre le nombre de trimestres de cotisations: femmes, précaires, chômeurs, travailleurs vieillissants, sans oublier les jeunes dont l'entrée dans l'emploi est de plus en plus tardive.

Selon les données de l'Insee, il y avait en fait 990 000 personnes de 65 ans et plus vivant sous le seuil de pauvreté en 2007, ce qui équivalait à un taux d'environ 10 % de retraités en dessous du seuil de pauvreté. C'était également le constat du Conseil d'orientation des retraites (COR) avant même la réforme de 2010.

Le nombre de retraités pauvres ne diminue plus sous le poids des réformes libérales antérieures et va encore augmenter avec la réforme des retraites de 2010.

La situation des retraités pauvres est alarmante. Le collectif associatif Alerte a signalé en avril 2010 que les associations constatent *“une augmentation significative de la présence de personnes âgées dans leurs lieux d'accueil, de demandes d'aides financières, médicales, etc.”* de même que le dernier rapport de l'Observatoire de la pauvreté et de l'exclusion note une *“interruption dans le mouvement de baisse de la pauvreté des personnes âgées”*.

Si la pauvreté des retraités a diminué ces trente dernières années, cette baisse est interrompue, comme le souligne Patrick Doutreligne de la Fondation Abbé-Pierre : après 30 ans d'élévation du niveau de vie des retraités *“la parenthèse heureuse s'est refermée depuis trois ans”*. La brutalité de la réforme de 2010 va accélérer ce mouvement qui préfigure un panorama du type de la Grande-Bretagne. Du coup, les inégalités face à l'espérance de vie selon les catégories socioprofessionnelles s'aggravent alors que l'écart est déjà de 7 ans entre les hommes ouvriers et les cadres supérieurs. Il est alors dramatique de refuser une réelle prise en compte de la pénibilité et de remettre en cause les mesures pour « carrières longues » obtenues péniblement lors de la réforme de 2003. L'allongement de la durée de cotisations de 2 ans imposée en 2010 va pénaliser particulièrement les salariés qui ont commencé à travailler tôt dans des métiers pénibles.

Les inégalités devant la dépendance

La montée de la dépendance des personnes très âgées risque de conduire à un traitement très inégal. Le principe d'un « cinquième risque » dédié à la dépendance vise à imposer un financement complémentaire de nature privée, ce qui en éliminera les personnes aux bas revenus. Nous revendiquons l'idée de la couverture des besoins sociaux nouveaux par la Sécurité sociale, avec un financement principalement assis sur des cotisations sociales, même s'il faudra faire appel également à un financement public rénové pour l'APA en redéfinissant le rôle de l'État et des collectivités locales. Nous récusons le recours aux financements privés assurantiels et complémentaires qui dénie une réforme de progrès du financement de la sécu qui prendrait en compte la réalité des besoins sociaux de façon solidaire et efficace socialement.

Les maladies à but lucratif : sur le rôle des sciences dans la légitimation des troubles de santé construits pour générer du profit

Par Cyril Rauch & le Dr Aurélien Madouasse

NDLR : *Cyril Rauch* est docteur en physique, travaillant à l'interface physique-biologie-médecine. D'abord enseignant-chercheur à l'école vétérinaire royale de Londres, étudiant la physique-biologie du muscle squelettique, et à la faculté de pharmacie de l'université de Manchester (UK) travaillant sur la délivrance des médicaments dans les tissus biologiques, il travaille actuellement en tant qu'enseignant chercheur/MCF à l'école vétérinaire de l'université de Nottingham (UK), où ses travaux théoriques et expérimentaux portent sur le cancer et la résistance multiple aux médicaments. Il est par ailleurs cofondateur de l'association savante « pH dynamics in cancer ». Adresse pour correspondance : cyril.rauch@nottingham.ac.uk

Le Dr Aurélien Madouasse est chercheur en épidémiologie vétérinaire. Après son doctorat en médecine vétérinaire obtenu à l'école vétérinaire de Nantes en 2006, il a passé 4 ans, d'abord en thèse puis en post-doctorat, à l'université de Nottingham. Il est actuellement post-doctorant à ONIRIS Nantes et travaille sur la modélisation statistique des maladies des bovins laitiers.

Introduction

En France les modes de financements de la recherche scientifique et médicale ont été récemment modifiés, passant d'un mode de financement récurant à un mode de financement sur projet, comme dans les pays Anglo-Saxons.

Le mode de financement à l'Anglo-Saxonne sur projet a une fonction principalement utilitaire. On bascule d'un système dans lequel la recherche était jugée a posteriori sur la production de connaissances engendrées par un scientifique ou un laboratoire à un système dans lequel les retombées économiques et/ou sociales doivent pouvoir être estimées à l'avance. Si on peut déplorer que dans certains cas la sécurité de l'emploi procurée par l'ancien mode de financement ait pu conduire certains à se complaire dans une inactivité relative, il assurait à d'autres une liberté de pensée et d'action que peu auront à l'avenir. S'instaure donc ainsi un nouveau paradigme de la pratique de la recherche, dans lequel une période de précarité relative au cours de laquelle le jeune chercheur doit enchaîner les post-doctorats s'achève par l'obtention d'un poste de maître de conférences ; maître de conférences qui devra savoir convaincre les organismes de financement de la « marketabilité » de ses recherches sur les courts ou moyens termes. Dans un contexte dans lequel les ressources sont limitées, ce ne sont plus la curiosité et l'envie de comprendre qui meuvent le système, mais la nécessité pour l'individu de subvenir à ses besoins, et à un plus haut niveau, de pouvoir justifier au contribuable que chaque denier a été bien employé.⁽³³⁾

On pourra aussi s'interroger utilement sur les raisons qui font que nos sociétés n'arrivent plus à mobiliser les ressources nécessaires au financement d'une production scientifique indépendante, sur la contribution des différents acteurs de l'économie à ces ressources ainsi que sur l'évolution de ces contributions. Car l'une des raisons qui peuvent pousser au scepticisme, voire au cynisme, réside dans la quasi-fusion des pouvoirs économiques et politiques, et donc de leurs intérêts.

Au final, la question qui se posera sera de savoir, à volume de financement identique, comment choisir deux projets scientifiquement pertinents sinon par leurs retombées potentielles, au-delà de leur importance scientifique, que ce soit en termes d'emplois ou de santé. On peut imaginer alors une certaine contrainte ou dérive de la liberté de penser et d'action du chercheur.

Lors des récents débats en Angleterre sur le financement de l'éducation universitaire, la vision libérale et utilitariste de l'éducation est apparue clairement à ceux pour qui elle ne l'était pas encore. L'individu qui aura obtenu un diplôme universitaire verra sa valeur sur le marché de l'emploi accrue, et de ce fait, il serait *juste* qu'il en supporte seul le coût.

On peut voir dans les révoltes étudiantes qui ont eu lieu récemment au Chili l'aboutissement d'une telle logique. La reproduction des inégalités sociales *via* l'école dénoncée par Bourdieu change de niveau : désormais, seul l'argent compte. Ainsi, puisque l'éducation universitaire est un bien qui s'achète, le consommateur souhaite des garanties, et ces garanties sont précisément définies par le niveau de la recherche développée dans l'Université

³³ Voir sur ce sujet l'essai de Jean-Paul Malrieu : *La Science gouvernée Rue des Gestes*, 2011

en question. La boucle est bouclée, et la liberté de penser et d'agir qui devrait y être la norme tend à disparaître.

Cet état de fait génère de sérieuses singularités de la recherche dont on ne parle pas souvent comme la pseudo-justification scientifique de pseudo-problèmes médicaux. Et qui aboutissent à s'interroger sur le sens des termes de santé mais aussi de biologie dans une société utilitariste.

Les modes de financement de l'Enseignement Universitaire en Angleterre et leur lien avec la recherche

Aujourd'hui, un élève anglais sortant du lycée (High School) avec son baccalauréat (A-level) devra, pour obtenir un diplôme universitaire, s'acquitter d'au moins £7 500/an (~9000 euros/an) sur une période de trois ans (niveau bachelor ou équivalent licence). Pour un étudiant international, la facture s'élève à environ £25 000 par an. A cela s'ajoute les « living expenses » correspondant à la location d'un logement étudiant (en dehors des cités universitaires en général réservées aux étudiants en première année seulement) et de quoi se nourrir. En règle générale, un étudiant peu dispendieux terminera sa scolarité avec une dette avoisinant 42 000 euros ou 150 000 euros pour les étudiants internationaux. Etant payante, l'éducation devient évidemment un produit de consommation. Dans ces conditions, l'étudiant devra faire un choix entre les différentes universités en compétition et appliquer certains critères de sélection. La question déterminante est donc : Qu'est ce qu'une bonne université ?

Pour un étudiant Anglais, mis à part des enseignants sympathiques qui l'aideront en cas de coup dur, des locaux propres et du matériel d'enseignement haut de gamme, une bonne université est une référence qui, mentionnée sur son CV, lui donnera plus de chances qu'à un d'autre lors d'un entretien d'embauche. Pour cela, il faut que l'université de son choix soit dans la « league table », c'est-à-dire connue, prestigieuse et bien classée parmi les meilleures universités Anglaises. Pour se déterminer, il existe deux sortes de classements. Un classement officiel et un classement officieux. Ce dernier est établi principalement par des journaux grand public (un seul d'entre eux est spécialiste de l'éducation supérieure).

Pour le classement officiel deux évaluations vont être appliquées :

1) Le « Research Assessment Exercise/RAE » qui détermine pour chaque université la qualité de la recherche. Le RAE a une incidence directe sur l'allocation des financements de la part du ministère de l'éducation (Higher Education Funding Body). Ce type de financement est important pour l'université en question. Il permettra, par exemple, à l'université d'employer plus d'enseignants afin de libérer plus de temps pour la recherche ou d'utiliser

ses fonds propres pour mettre en place de nouvelles politiques de développement. Ces financements ont évidemment un impact positif pour la recherche, et l'université s'emploiera par tous les moyens et stratégies possibles à conserver ou améliorer son classement RAE afin de perpétuer ces financements supplémentaires.

2) Le deuxième classement officiel concerne la qualité de l'éducation (Quality Assurance Agency Higher Education/QAA). Il permet de savoir si oui ou non le contenu de l'enseignement est conforme à l'intitulé du cours que l'université propose. En règle générale, le contenu de l'enseignement est similaire entre universités, la QAA est donc bien respectée. Ce qui fait la différence (et donc fournit un plus), c'est la façon dont l'enseignement est dispensé c'est-à-dire « high-tech » avec des tableaux de type moniteur écran plat géant ou « normal » avec un tableau noir et des craies.

Pour le classement non officiel, mais tout aussi important car grand public, les mêmes thématiques sont reprises avec de légères différences. Prenons l'exemple du « Times Higher Education » et de son choix de classement. Cinq critères sont appliqués avec différentes pondérations: (a) Qualité d'enseignement (« learning environment ») ; pondération 30%. (b) Qualité et réputation de la Recherche incluant le volume financier reçu (« volume, income and reputation ») ; pondération 30%. (c) Influence extramural de la recherche (« citations ») ; pondération 32.5%. (d) Importance des financements privés industriels (« innovation ») ; pondération 2.5%. (e) Positionnement international de l'Université (« international mix ») ; pondération 5%. On voit alors que ~65% de la note finale du classement des universités d'un magazine très influent comme le « Times Higher Education » est dictée par la recherche et son impact général.

En d'autres termes, la League Table dont le rôle est d'attirer l'attention des étudiants sur les universités réputées est, de façon générale, fortement liée à la qualité de la recherche qui doit y être maintenue à un niveau de réputation internationale. Tous les partenaires y gagnent, théoriquement.

Impact des modes de financement de la recherche universitaire

Dans un pays comme l'Angleterre ou l'intervalle entre deux RAE est de quatre ans, le mode de financement de la recherche a aussi un impact direct sur le fonctionnement de l'Université tant au niveau de la recherche que de l'enseignement.

En effet, pour qu'une recherche soit financée, le chercheur doit élaborer un projet de recherche incluant le

coût financier de celle-ci (matériel de laboratoire, salaire pour le technicien,...). Si le projet est sélectionné par les comités de décision scientifique, la somme requise sera allouée au chercheur, et, cerise sur le gâteau, une dotation supplémentaire égale à 80 % de la somme accordée au chercheur sera versée à l'université sans contrepartie. Cette manne pourra servir à financer les projets à plus ou moins longs termes de l'université, par exemple l'ouverture d'une autre université à l'étranger, la rénovation de locaux et/ou l'achat de matériel d'enseignement de pointe pour attirer plus d'étudiants. A noter que sur une période de trois ans (durée moyenne d'un projet de recherche), les sommes allouées par projet sont de l'ordre de 450.000 euros, ce qui correspond à 300 000 euros environ pour l'université. Évidemment pour qu'une recherche soit financée, il faut qu'elle soit sélectionnée, et la compétition est rude entre les universités.

En fait, on le voit assez bien, non seulement le prestige, et incidemment le fonctionnement de l'université (i.e. son classement), mais aussi le choix de l'étudiant, sont fondamentalement liés à la recherche qui y est développée. Un des objectifs des universités est donc de capitaliser sur la recherche pour obtenir le plus de financement possible.

Il existe au moins trois stratégies pour maximiser l'obtention des fonds de recherche. Nous allons expliciter deux de ces stratégies dans cette partie et discuter de la troisième dans la partie suivante.

A) La première stratégie consiste à générer de gros projets de recherche faisant intervenir un consortium. Les sommes en jeu avoisinent en général de ~10 à 50 millions d'euros. L'Europe finance de façon spécifique ce genre de recherche à grande échelle. Évidemment, ces recherches dont l'idée et la planification sont issues de la volonté des chercheurs aboutissent en règle générale à des innovations majeures. Que l'on pense au décryptage du génome par exemple.

B) La seconde stratégie consiste à suivre les objectifs prioritaires définis par le gouvernement du pays. « Prioritaire » signifie que plus de fonds sont alloués à un domaine particulier (en général les financements sont redirigés d'un domaine à un autre). On constate ainsi que les gouvernements peuvent définir de façon indirecte les programmes de recherche incitant les chercheurs (qui sont eux sous pression de la part des universités) à s'intéresser à certains problèmes sous un angle prétendument « scientifique ».

Evidemment on voit mal pour quels motifs un gouvernement pourrait se préoccuper de façon désintéressée

des problèmes scientifiques fondamentaux (physique théorique, philosophie etc.). En fait, dans un environnement économique libéral où la santé des marchés est supposée primordiale, le gouvernement va naturellement chercher à optimiser l'économie telle qu'il la conçoit. Les projets proposés seront donc nécessairement appliqués, utilitaires et immédiatement « rentables ». Par exemple, en biologie et médecine, parmi les sujets récemment devenus incontournables en Angleterre, on trouve le vieillissement et l'obésité.

L'importance prise par le vieillissement est assez récente, et concomitante au vieillissement général de la population. Mais ce sujet s'est développé de manière coextensive de la politique de remise en cause de l'âge de la retraite. En effet, c'est en juillet 2010 que le gouvernement Anglais annonça la suppression de l'âge légal de la retraite avec effet en octobre 2010⁽³⁴⁾. Peu surprenant, c'est le 30 septembre 2010 que la MRC (Medical Research Council) fit du vieillissement un axe prioritaire de recherche⁽³⁵⁾. L'idée sous jacente est de pouvoir diminuer les effets du vieillissement chez les personnes âgées afin qu'elles restent non seulement en bonne santé mais surtout productives plus longtemps. La raison est assez évidente, avec des niveaux de retraite faibles qui contraignent à poursuivre une activité et sans le concours de la science, naît un paradoxe juridique et social qui conduit pour un emploi à la discrimination par l'âge du candidat (une sorte d'apartheid de l'âge).

Un autre domaine de recherche scientifique relativement récent est l'obésité. Le problème est très sérieux, une grande partie des problèmes cardiovasculaires (première cause de mortalité en Angleterre et dans plusieurs pays du monde) est liée à une surcharge pondérale. Le coût de l'obésité pour le NHS (National Health Service – Sécurité Sociale Anglaise) est aujourd'hui de l'ordre de 6 milliards d'euros⁽³⁶⁾, ce qui représente 5 % du budget annuel du NHS (≈ 100 milliards/an). Par ailleurs des prévisions suggèrent que ce coût devrait doubler d'ici 2050. Mettre le problème dans les mains de scientifiques revient à leur demander une solution, c'est-à-dire comprendre et trouver la/les cause(s) scientifique(s) de l'obésité pour en annuler ou amoindrir les effets et la morbidité associée. Or, on sait très bien que les cas d'obésités ne sont pas répartis de façon hétérogène sur le territoire et qu'ils sont en lien avec la situation économique et sociale des régions et des individus. Les inégalités sociales et la pauvreté sont

³⁴ <http://www.bbc.co.uk/news/business-10796718>

³⁵ <http://www.mrc.ac.uk/Newspublications/News/MRC007288>

³⁶ <http://www.dh.gov.uk/en/PublicHealth/Obesity/index.htm>

des indicateurs forts de l'obésité morbide⁽³⁷⁾. Alors qu'en 2010 l'industrie agroalimentaire a investi un milliard d'euros afin d'empêcher une série de lois sur l'étiquetage visant à informer les consommateurs sur les valeurs nutritionnelles des aliments à la vente⁽³⁸⁾, on demande aux scientifiques de trouver une pilule magique (un peu comme le Mediator) permettant de résoudre le problème de surcharge pondérale fondamentalement relié au domaine social. Si sur le plan social on est en pleine contradiction, d'un point de vue économique, on fait vivre 2 industries : la techno-science et l'industrie agroalimentaire. En effet, le vrai potentiel d'une science déterministe est de trouver une cause pour altérer l'effet correspondant. Si la pauvreté est la cause d'un état de santé particulier, le scientifique ne pourra jamais résoudre seul dans son labo un problème complexe d'ordre social. Ceci a des conséquences à long terme importantes que nous allons éclairer maintenant car ces deux exemples mettent en lumière une perte de la liberté de penser académique au travers du « knowledge based economy » : de plus en plus de chercheurs doivent justifier leurs recherches en l'associant à un impact économique ou social.

- **Mise en avant du caractère utilitaire et économique des sciences**

On veut pouvoir rentabiliser une découverte scientifique et lui trouver le plus vite possible une application. C'est la notion d'économie basée sur le savoir ('knowledge based economy' association de termes très en vogue actuellement). La liberté de penser du chercheur s'en trouve profondément érodée, car il ne peut plus étudier l'éventail des possibles mais doit se concentrer sur une mission particulière : trouver un remède pour « guérir ».

- **Objectif : médicalisation des problèmes sociaux**

Par exemple, on fait de la vieillesse un problème médical. Or la vieillesse tout comme la mort est partie intégrante de l'évolution biologique en tant qu'elles sont des pré-requis de la vie. La médicalisation est importante particulièrement dans le cas de l'obésité mais, même si un chercheur était en mesure de découvrir cette pilule contre l'obésité, il est vraisemblable que, non seulement elle ne serait pas totalement efficace car la cause est principalement sociale et non médicale, mais de plus, il y aurait de grands risques que ce genre de médication engendre des effets secondaires (cf. Mediator).

Une recherche principalement concentrée sur la résolution des problèmes sociaux et économiques a pour effets non seulement d'éroder le savoir fondamental, mais dans bien des cas, de ne pas fournir de véritables solutions aux problèmes : la science devient techno-science comme le souligne Jean-Paul Malrieu (cf. supra).

A terme, le danger qui menace est la mise en accusation de la recherche scientifique qui se verra taxée d'incompétence, de la rendre responsable indirectement de la persistance des problèmes sociaux actuels et donc de questionner et remettre en cause son essence.

C) Quant à la troisième stratégie pour l'obtention de fonds, elle consiste à développer une recherche collaborative en s'associant à une entreprise privée. Dans ce cas, les chances d'allocation de financements sont multipliées. En effet, les projets de recherches sont notés et un incrément est directement octroyé par le simple fait de collaborer avec l'industrie privée (quel que soit le contenu du projet de recherche).

De quel genre de recherche parle-t-on ?

Les incidences d'un partenariat public-privé

On sait que l'industrie pharmaceutique doit chercher par tous les moyens possibles un retour sur investissement pour satisfaire ses actionnaires. Avant d'analyser ce que peut représenter le partenariat public-privé, il est important de comprendre les enjeux économiques qui existent pour l'industrie pharmaceutique. L'exemple du cancer est symptomatique.

Bref panorama de l'histoire de l'industrie pharmaceutique

L'histoire de l'industrie pharmaceutique est de loin celle d'un succès qui n'a pas d'égal sur le plan économique. Aujourd'hui cette industrie a une croissance annuelle minimum de l'ordre de 10% et un revenu moyen de l'ordre de 25-50 milliards d'euros/an pour les dix premières compagnies du palmarès mondial.

Si on considère habituellement Claude Galien comme étant le premier pharmacien de l'histoire, le concept selon lequel l'antidote d'un mal ou d'une maladie existe sous la forme d'un élément « naturel » plante ou autre, date de -2000 A.C. A cette époque, des documents rapportent l'utilisation du miel dans le cadre de médicalisation, ainsi que le développement d'huiles et de crèmes⁽³⁹⁾. Le recours à une rationalisation de la production de remèdes

³⁷ <http://news.bbc.co.uk/1/hi/business/4070112.stm>. Voir aussi le chapitre 7 *obesity : wider income gaps, wider waists* de "The spirit level" écrit par Richard G. Wilkinson et Kate Pickett, édité par Bloomsbury Press (December, 2009).

³⁸ <http://www.corporateurope.org/system/files/files/article/CEO-Food-Labeling.pdf>

³⁹ H. F. J. Horstmanshoff, Marten Stol, Cornelis Tilburg (2004), *Magic and Rationality in Ancient Near Eastern and Graeco-Roman Medicine*, p. 99, Brill Publishers.

galéniques prend naissance à Londres vers 1620 date à laquelle les apothicaires s'associent pour dispenser certains remèdes galéniques classiques⁽⁴⁰⁾. C'est, en quelque sorte, la création de la première « industrie pharmaceutique ». La théorie scientifique sous-jacente utilisée aujourd'hui qui explique et justifie le concept du « médicament » - un antidote particulier chimique -, est née vers 1900 avec Paul Ehrlich suivant le développement de la chimie combinatoire. Paul Ehrlich émit l'idée selon laquelle il est possible de cibler un agent pathogène ou les raisons d'un mal par voie chimique et donc moléculaire (c'est la notion plus connue sous le nom de « magic bullet »). Depuis, c'est à l'intérieur de ce cadre conceptuel moléculaire que se poursuit, au moins scientifiquement, le développement de cette industrie dans le monde occidental.

Les premiers succès retentissants ont été les antibiotiques dérivés de la pénicilline, découverte totalement par hasard par Alexander Fleming. Bien que découverts en 1929, il faudra attendre la seconde guerre mondiale avant que les antibiotiques ne soient produits et utilisés à grande échelle grâce à une collaboration entre le gouvernement américain, des universités et des firmes pharmaceutiques⁽⁴¹⁾. Les méthodes rationnelles concernant la production des structures moléculaires ou chimiques optimales par voie de synthèse combinatoire, ainsi que la vérification expérimentale de l'efficacité de ces produits, ont été mises en place par Ehrlich et sont toujours d'actualité au sein de l'industrie, mais à une échelle infiniment plus vaste. Alors que Paul Ehrlich et ses collaborateurs ne pouvaient synthétiser et vérifier l'efficacité que de quelques composants sur des temps relativement longs à l'échelle humaine, l'industrie pharmaceutique qui est automatisée aujourd'hui peut faire le travail en quelques heures.

Après ces premiers succès plusieurs essais cliniques furent réalisés sur des patients, sans réelles procédures de contrôle adéquates et généralisées. Ainsi, l'absence d'études structurées de toxicités à grande échelle va engendrer les désastres sanitaires que l'on connaît. De là s'ensuivent naturellement les problèmes connus comme la thalidomide initialement introduite comme sédatif dans les années soixante menant à l'apparition de difformités physiques pour les nouveaux nés; le DES (diéthylstilbestrol) drogue œstrogène de synthèse produite dans les années 40 jusqu'en 1970, supposée diminuer les risques d'accouchement prématuré, mais avec des risques

importants de cancer et de stérilité⁽⁴²⁾ pour la mère ou/et ses enfants...etc... la liste est assez longue... Ces effets secondaires importants permirent de mettre en avant le problème de la toxicité des médicaments et ont joué un rôle central dans la mise en place des essais cliniques. Alors qu'auparavant : de la synthèse chimique à la vente en pharmacie il ne fallait que quelques années (3 ans pour thalidomide), il faut aujourd'hui en moyenne 8 ans. Néanmoins dans certains cas que l'on ne développera pas, l'industrie peut contourner cette contrainte. Finalement, il devrait aussi exister une VRAIE phase de pharmacovigilance concernant les médicaments déjà présents sur le marché. Le cas du Médiator est un échec de la pharmacovigilance qui devait s'appliquer de façon précise.

Blockbuster et médicalisation

Ainsi ce qui caractérise aujourd'hui un médicament à succès pour l'industrie pharmaceutique est un médicament qui a passé l'étape des essais cliniques et génère un retour sur investissement important. Ces médicaments sont dits « blockbuster » lorsqu'ils génèrent un retour annuel de l'ordre de ~1 milliard. Ces sommes astronomiques ont poussé l'industrie pharmaceutique à définir les conditions de maladie, ou de santé, en fonction d'un produit déjà existant. Prenons l'exemple du Viagra, ce « médicament » issu des essais cliniques par pur hasard. Initialement formulé dans le but de traiter l'hypertension ou l'angine de poitrine, un effet secondaire sera observé lors des essais cliniques de la molécule : Une érection soutenue chez l'homme. Il est amusant de constater que depuis, une érection défaillante est devenue un problème de santé majeur, même si les problèmes d'érection ne concernent qu'une infime fraction de la population ; et ce, grâce aux équipes publicitaires de l'industrie pharmaceutique. D'autres exemples similaires existent, où l'on voit se transformer un état considéré comme normal en état pathologique quasi-morbide. Par exemple : l'agitation des enfants, la timidité adulte, la ménopause, l'andropause,... sont maintenant des états quasi-morbides nécessitant médicaments. On pourra se référer à l'étude exhaustive du sociologue Peter Conrad sur le sujet⁽⁴³⁾. Il n'est donc pas surprenant que cette industrie investisse de l'ordre de 20% de ses bénéfices dans des stratégies de « marketing »⁽⁴⁴⁾, elle définit de plus en plus de maladie et vend de moins en moins de médicaments traitant un réel état pathologique. Ce changement de comportement de l'industrie est apparu dans les années 80, au moment

⁴⁰ <http://www.shp-asso.org/>

⁴¹ A. Andreumont, M. Tibon-Cornillot (2006). Le triomphe des bactéries. La fin des antibiotiques. Max Milo l'Inconnu

⁴² <http://www.rue89.com/2011/06/09/une-mere-trois-filles-une-famille-fichue-en-lair-par-le-distillbene>

⁴³ « The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders ». Edition : John Hopkins.

⁴⁴ Marcia Angell, « The Truth about the Drug Companies: How They Deceive Us and What to Do about It ». Edition : Random House Trade.

même où l'innovation chute et l'attrition médicamenteuse croît.

Innovation, brevets et attrition

Dans le contexte de mondialisation économique, il est apparemment important pour l'industrie d'avoir un droit de production et de vente unique sur la molécule synthétisée, c'est-à-dire de protéger son invention pour une durée déterminée avant que la molécule ne tombe dans le domaine public et ne devienne alors médicament générique. Ce droit s'inscrit uniquement dans une logique libérale, qui est loin d'être légitime si l'on pense au nombre de morts du sida en Afrique comparé aux pays européens grâce à l'utilisation des antirétroviraux. Cette protection de l'innovation est octroyée lorsque la compagnie dépose un brevet. Le brevet est supposé encourager l'innovation en la protégeant.

Déposer un brevet est possible dans trois cas :

- trouver un nouveau médicament,
- développer une façon différente de synthétiser un médicament (c'est l'innovation qui existe dans la synthèse de la molécule active du médicament qui prime alors) et
- imaginer une nouvelle condition d'application d'un médicament (un nouvel état pathologique à traiter).

Il s'agit donc aujourd'hui pour l'industrie de faire un minimum de recherche pour se concentrer sur l'innovation technique et marketing. Ainsi, nombre de produits existants et efficaces, mais qui n'ont rien de nouveau et que l'on peut en général acheter par kilogrammes dans n'importe quelle pharmacie, comme du bicarbonate de sodium contre le développement du cancer, seront mis au rencard. C'est dommageable pour la science qui a aussi ses propres « effets de modes ».

Cancer et douleur

L'industrie exige un retour sur investissement important. Elle base ses activités sur la science dont le rôle est de fournir une réponse « innovante » à certaines questions qu'elle se pose. Comme tous les autres domaines, la science fondamentale n'évolue pas de façon linéaire comme on voudrait le croire, mais plutôt par ruptures épistémologiques ou révolutions scientifiques. Pendant assez longtemps on a cru le gène - et donc le noyau de la cellule - premier responsable du cancer. Aujourd'hui, on sait que les gènes jouent un rôle important mais néanmoins relatif, et que les causes peuvent être complexes.

Par ailleurs, on a redécouvert des travaux publiés dans les années 20 par un excellent scientifique, Otto H. Warburg, qui montrait le rôle central du métabolisme des cellules cancéreuses, et donc incidemment du pH, dans le

développement de la maladie. En fait on sait aujourd'hui que le pH joue un rôle déterminant dans la propagation du cancer mais aussi de la douleur. En outre, des études récentes ont démontré que le bicarbonate bloquerait le développement des métastases et diminue la douleur⁴⁵.

Dans un monde qui recherche l'innovation pour générer un profit, d'un gouvernement qui encourage aveuglément les chercheurs à collaborer avec l'industrie privée, comment une hypothèse aussi simple que le bicarbonate de sodium pourrait trouver une application dans le cas du cancer ?

Conclusion

Les auteurs de cet article ont une expérience certaine de la recherche et de l'enseignement dans le système anglo-saxon. Ils ont voulu exposer le couplage existant entre enseignement et recherche. De façon schématique, on peut dire que dans n'importe quel monde il existe de vrais problèmes de santé et d'autres qui sont construits socialement.

Dans une société libérale où l'économie est annexée à l'acte de consommer, il n'est pas étonnant qu'apparaissent différents états pathologiques. Dont certains sont de vrais problèmes de santé publique comme l'obésité, mais où d'autres sont purement et simplement des constructions sociales, comme la « vieillesse », appelant des réponses médicales à vocation économique. L'industrie du médicament relève de cette logique : si elle a permis de sérieuses avancées médicales, on constate aujourd'hui de plus en plus souvent qu'elle organise la construction de représentations d'états pathologiques là où il y a retour sur investissement.

Dans un tel environnement, le rôle de la science n'est plus de générer de la connaissance ou de nous rendre le monde intelligible, mais de trouver et de légitimer des solutions commerciales à des problématiques sociales qui trouvent leur origine dans la même logique que celle qui préside à l'évolution actuelle de la culture scientifique. De cela découle le risque que le scientifique devienne technicien, résolvant des problèmes d'ingénierie sans aucune vue d'ensemble du contexte dans lequel il évolue ; qu'ainsi pris dans une vision étriquée de sa discipline, sans aucun recul ou idée du contexte, il n'anticipe pas ou mal les conséquences de ses découvertes et de leur application. Que la compréhension des phénomènes métaboliques qui président ou qui sont associés à l'obésité soient pour le scientifique des phénomènes dignes d'intérêt ne fait aucun doute. Qu'on justifie ces recherches par l'es-

⁴⁵ Le prochain meeting de l'ISPD (international society for proton dynamic in cancer) se tiendra à Nice fin Novembre: <http://www.ispd.com>

poir de prévenir l'épidémie qui en frappe nos sociétés est une erreur de jugement dont on pourrait avoir à se justifier si d'aventure, guidé par un espoir de profit à court terme, on en venait à préconiser des pratiques qui par la suite se trouvent être néfastes. N'est-ce pas là l'histoire du Mediator ?

Mais peut-être, les évolutions récentes et à venir auxquelles est soumis le système français produiront à terme une science de meilleure qualité en forçant les scientifiques, s'ils veulent rester scientifiques, à sortir de leur zone de confort et augmenter leur productivité ; et ce, grâce à la sacro-sainte compétition qui ayant, dans sa version darwinienne produit le monde merveilleux que l'on connaît, ne peut dans sa version sociale qu'aboutir au meilleur des mondes. On peut donc se demander si la science anglo-saxonne, forme aboutie du progrès, produit la meilleure science possible. On peut en douter en lisant John Ioannidis, dont l'un des articles⁽⁴⁶⁾, le plus téléchargé de la revue PLOS Medicine, prétend qu'une partie non négligeable des découvertes scientifiques sont biaisées à cause de la pression pour publier et donc du manque de temps pour fournir une évidence totale de la recherche. Entre autres causes sont citées la croyance aveugle dans les *p-values*, précieux sésames statistiques nécessaires à toute publication, les intérêts financiers ou encore la compétition entre laboratoires. Les *p-values* sont naturellement utilisés par l'industrie pharmaceutique lors des essais cliniques pour justifier la valeur thérapeutique d'une molécule. Jusqu'à très récemment, le milieu académique était un milieu libre pour penser. En ouvrant l'université et la recherche à une logique libérale, c'est-à-dire en cédant à la pression de l'industrie du médicament en général, le pouvoir politique prend le risque lourd de concentrer le travail scientifique sur la seule amélioration des découvertes de type utilitaire, et d'enfermer à l'intérieur de cette logique de rentabilisation financière des capitaux investis, à la fois, la méthode scientifique et les potentialités infinies de la science.

⁴⁶ Ioannidis JPA (2005) Why Most Published Research Findings Are False. PLoS Med 2(8): e124. doi:10.1371/journal.pmed.0020124

Billet d'humeur :

Pour en finir avec le secteur privé à l'hôpital public

Par le D^r Michel Limousin

C'est un fait, il existe un secteur privé pour les praticiens de l'hôpital public en France. Ce système laisse à la charge des malades des sommes importantes qui posent un vrai problème d'accès aux soins. C'est pour le moins bizarre dans une république comme la nôtre. Y a-t-il un autre secteur de la fonction publique où des fonctionnaires ont le droit d'exploiter ainsi à titre personnel sur leur temps de travail les outils publics ? Pourrait-on imaginer qu'un policier, un juge ou un instituteur puisse avoir de telles pratiques ?

Voici deux exemples significatifs rencontrés ces derniers temps dans ma consultation :

Madame A est une patiente qui cumule beaucoup de pathologies : obésité, diabète. Elle travaille mais a un salaire des plus bas. Et elle est dépressive. Elle a dû être opérée il y a quelques mois pour une pathologie gynécologique et l'opération ne s'est pas bien passée ; elle a fait une hémorragie mais elle s'en est tirée. La paroi abdominale a semble-t-il été mal recousue après l'opération et elle a fait ensuite une éviscération. En perte de confiance, la patiente est allée dans un autre hôpital public, un CHU du Nord Ouest de Paris et s'est adressée à un professeur qui l'a réopérée de cette hernie moyennant 1200 euros d'honoraires privés. Six mois après la patiente vient me revoir pour une récurrence de cette éviscération. Je fais le bilan et lui redemande de revoir le fameux professeur ; elle me dit « Vous n'y pensez pas, si je dois être réopérée... je n'ai pas fini de rembourser l'emprunt que j'ai du faire à la banque pour payer la première opération... J'en ai encore pour plus d'un an. Cela attendra. »

Madame Z est une patiente âgée qui a eu un cancer du colon il y a deux ans et dont l'état de santé s'est à nouveau dégradé. Le bilan, montre deux métastases sur un lobe hépatique, rapprochées l'une de l'autre. A une autre époque nous aurions considéré que c'était fichu. Aujourd'hui une intervention chirurgicale est devenue possible dans ce cas et elle permet aux patients une survie correcte pendant quelque temps. Nous l'envoyons consulter un chirurgien digestif dans un CHU du Sud de Paris. Il reçoit la patiente, confirme que l'opération est possible et lui déclare que si c'est lui qui l'opère, ce sera en secteur privé pour une somme de 4000 euros et que sinon, ce sera le chef de clinique qui « est très bien aussi ». Voici donc cette femme malade, sans économie – je connais son niveau de vie –, qui doit trouver de l'argent pour accéder à ce professeur. Sans d'ailleurs trop savoir ce que sera le bénéfice pour elle en terme de survie car on ne peut envisager de guérison définitive. Restent les enfants qui peuvent peut-être se cotiser...

Est-ce humain ? Je me demande si nos collègues qui demandent de telles sommes, se rendent bien compte des problèmes des gens, de leur vie et finalement de l'image qu'ils donnent d'eux-mêmes à la population. Ce système aujourd'hui légal est obsolète. Il ne répond plus aux besoins des gens. Il faut trouver une autre solution.

Rappelons l'histoire de ce secteur privé. En 1958, lorsque Michel Debré a lancé sa réforme hospitalière, il a eu raison de créer un corps de praticiens hospitaliers plein temps. La présence des médecins en permanence à l'hôpital était la condition sine qua non du progrès médical à l'hôpital. Les professeurs d'Université avaient l'habitude d'aller dans leur service le matin et ensuite allaient gagner de l'argent dans leurs cabinets privés et leurs cliniques l'après-midi⁴⁷. La concession leur a été faite de transférer cette activité privée à l'hôpital. Cela pouvait se concevoir un temps mais le secteur privé est devenu une sorte de droit permanent et général pour les praticiens hospitaliers et ce droit persiste toujours. Si certains usent et abusent de cette activité privée, il faut dire néanmoins que beaucoup y ont renoncé.

Cette pratique pose des problèmes d'éthique médicale, en particulier elle demande au praticien concerné d'évaluer lui-même la valeur marchande de son travail. Qui est excellent ? Qu'est-ce que l'excellence ? Quelle est la valeur de l'acte réalisé et de la prise en charge du malade ? Est-ce que je soigne moins bien les autres ? Pourquoi je reçois rapidement mon patient privé tandis que le patient public doit attendre pendant des semaines un RV ? Qu'est-ce qui fait la différence de service rendu si le tarif est différent ? Bien souvent – et je veux bien les croire – les médecins ayant un secteur privé disent que leurs soins publics sont les mêmes. Alors est-ce que la seule différence tient à l'accueil ? Des lieux plus confortables ? Des rendez-vous plus rapides ? Au fond tout ceci n'a plus de sens. Rien ne justifie ces tarifications alors que ce sont les patients les plus gravement malades qui fréquentent les hôpitaux publics. Il faut ouvrir une négociation sociale pour mettre fin à ce que beaucoup ressentent comme un scandale insupportable aujourd'hui et donner à tous les médecins du service public les moyens – y compris salariaux – de bien accueillir leurs patients.

⁴⁷ A ce propos on relira avec intérêt l'œuvre de Jean Reverzy, Prix Renaudot en 1954.

Alzheimer, « Cette maladie inhumaine qui permet d'atteindre le cœur même de l'Humanité »

Par M^{me} Catherine OLLIVET

NDLR : M^{me} Ollivet est la Présidente fondatrice en 1990 de l'Association France Alzheimer Seine St Denis, administrateur de l'Union Nationale France Alzheimer, Coordinatrice du groupe de Recherche « Ethique et Société – Vieillesse et vulnérabilités » à l'Espace Ethique de l'AP-HP, Membre du comité de pilotage de l'EREMA (Espace national de réflexion éthique sur la maladie d'Alzheimer (Plan Alzheimer)), représentante des usagers à l'Agence Régionale de Santé d'Ile de France, Vice Présidente de la commission spécialisée médico-sociale de la Conférence Régionale de Santé et d'Autonomie – CRSA – d'Ile de France & Présidente de CODIF Alzheimer – Coordination d'Ile de France des associations Alzheimer.

La maladie d'Alzheimer est une dégénérescence de certaines cellules nerveuses du cerveau, en particulier celles de la mémoire et des fonctions associatives. Les neurones meurent peu à peu et le cerveau a de plus en plus de difficultés à déchiffrer, comprendre, analyser les informations qu'il reçoit et à y répondre de façon adaptée.

Aujourd'hui en France, environ 900 000 à 1 million de personnes frappées de cette maladie ou de maladies apparentées, sont atteintes progressivement dans leurs facultés de penser, de se souvenir, de comprendre et de prendre des décisions. Elles ont de plus en plus de difficultés à exécuter les choses de la vie quotidienne comme gérer leurs finances, prendre correctement leurs médicaments, préparer un repas, s'habiller, se laver. Les pertes s'aggravent peu à peu et la personne malade a besoin de l'aide permanente d'un tiers pour vivre. La maladie évolue en moyenne pendant 8 à 10 ans et peut frapper des personnes de 30 à 100 ans.

D'autres maladies dites « apparentées » sont aujourd'hui bien connues grâce aux diagnostics différentiels mis en œuvre dans les consultations mémoire, maintenant accessibles partout en France : Si la maladie d'Alzheimer représente selon des études, environ 70 % des cas des maladies neuro-dégénératives entraînant une démence, d'autres personnes sont atteintes de déficits cognitifs à la suite d'un accident vasculaire cérébral, d'une dégénérescence fronto-temporale, d'une maladie à Corps de Lewy, d'une Aphasie Primaire Progressive ou de démences liées à d'autres maladies neuro-dégénératives comme la sclérose latérale amyotrophique ou la maladie de Parkinson.

Dans tous les cas, les atteintes intellectuelles et les troubles comportementaux provoqués par ces maladies, si leur origine en est médicalement très différente, vont entraîner des conséquences similaires dans la vie quoti-

dienne de la personne malade et de ses proches, avec les besoins d'aides et d'accompagnement qui caractérisent toutes ces maladies.

Des conséquences particulières

Selon les études, 60 à 70 % des personnes touchées par une maladie d'Alzheimer ou une maladie apparentée, vivent à domicile. Ces chiffres cachent en réalité de bien grandes différences selon que le malade vit seul chez lui, ou accompagné d'un proche en permanence. Les difficultés grandissantes à accomplir les choses les plus simples, en apparence, de la vie quotidienne qui sont spécifiques dans ces pathologies, entraîneront bien plus rapidement chez une personne vivant seule, des mises en danger pour sa santé et pour sa sécurité. Au contraire, accompagnée d'un proche qui compense en permanence les manques et les difficultés, et qui veille nuit et jour, la personne pourra alors rester beaucoup plus longtemps chez elle.

Une étude récente montre que les aides informelles apportées par les proches d'une personne atteinte d'une maladie de type Alzheimer à un stade débutant et modéré et percevant l'APA, représentent 80 % de la totalité des aides qu'elle reçoit. C'est dire l'importance de la place des aidants familiaux, dans une « économie » sociale de la prise en compte de tous les besoins de ces personnes malades.

La maladie d'Alzheimer, dramatique pour le malade, a toujours des répercussions très lourdes sur l'ensemble de la famille mais surtout sur l'aidant principal, conjoint le plus souvent, mais parfois enfant, vivant avec le malade. Confronté à une nécessité d'accompagnement, de surveillance et d'aide dès le début de la maladie, devenant au fil des mois et des années une prise en charge totale et épuisante, le temps de travail exclusivement consacré au malade au stade installé de la maladie est évalué à 50

heures par semaine. La mortalité des conjoints de malades Alzheimer est augmentée de +60% par rapport à des conjoints du même âge n'ayant pas à assumer une telle responsabilité physique et morale !

A ces épreuves s'ajoutent très souvent les problèmes de financement de l'aide à domicile, de l'hébergement en institution de long séjour pour personnes dépendantes, ainsi que des procédures administratives, sociales et juridiques très complexes, inquisitoires et longues.

Mais les proches aidants souffrent aussi des réponses trop souvent inadaptées offertes par les services d'aides et de soins à domicile : le malade d'Alzheimer ne cesse pas d'être malade à 16h30 lorsque le service de soins infirmiers à domicile cesse de travailler, et il ne cesse pas non plus d'être malade du vendredi soir au lundi matin, lorsqu'aucune auxiliaire de vie ne peut venir l'aider le week-end !

Mettre en œuvre des possibilités de répit et de soutien pour ces aidants familiaux relève aujourd'hui d'une nécessité absolue clairement identifiée par tous les pouvoirs publics et politiques, en l'absence de traitements médicamenteux efficaces, et le peu d'espoir à court et moyen terme de voir de tels médicaments arriver sur le marché.

Répondre à des besoins

La grande difficulté à laquelle sont confrontés tous les décideurs et financeurs de la prise en charge de ces personnes malades réside d'abord dans l'immense diversité des situations matérielles, humaines, environnementales, symptomatiques, évolutives, de celles et ceux pour lesquels des actions doivent être conçues, prévues, expérimentées et financées.

La vie quotidienne d'une personne malade vivant dans un pavillon avec un jardin et ses possibilités de se promener, d'y suivre le rythme des saisons en jardinant, de parler avec ses voisins par-dessus la haie, ne sera pas la même que celle d'un même malade, au même stade de l'évolution de sa maladie, enfermé au 6^e étage d'un immeuble dont l'ascenseur est en panne le plus souvent, dans un petit appartement qui ne lui permet rien d'autre que de tourner en rond autour de la table de salle à manger ou de rester prostré dans un fauteuil en face d'une télévision qu'il ne comprend même plus.

Alors donc, les besoins de compensation des « handicaps » liés à la maladie ne seront bien évidemment pas les mêmes, les conséquences sur la santé, l'équilibre psychologique et les troubles du comportement non plus, et le rejaillissement de ces difficultés sur l'aidant ne seront encore une fois pas les mêmes.

Les besoins d'activité physique, les goûts et préférences d'un malade de 40 ans et ceux d'un malade de 85 ans, seront également bien différents, et l'on pourrait ainsi multiplier les exemples de ces besoins différenciés selon chaque situation vécue. Une réalité qui rend difficile la mise en œuvre concrète d'une « prise en charge individualisée » des besoins des personnes malades, pourtant si fortement affirmée dans tous les articles des lois et décrets, plans, recommandations de bonnes pratiques, livrets d'accueil d'EHPAD, et autres documents bien plus « proclamatifs » que réellement vécus.

La diversité des situations, des attentes et des besoins exprimés par les personnes malades et les familles, exigerait un panel varié de réponses, de la souplesse et de la réactivité de la part des offreurs de soins et de services. Autant de réponses bien peu compatibles avec les programmations et les budgets conçus dans une gestion contrainte de moyens financiers limités par « la crise » sans doute, mais aussi par une société individualiste qui n'est pas prête à prendre en compte ses devoirs vis-à-vis de celles et ceux qui sont nos parents ou nos grands-parents.

Les ARS : un nouveau regard sur la santé ?

Les Agences Régionales de Santé viennent de se mettre en place dans toutes les régions de France. Pour la 1^{re} fois sont affirmés quelques principes qui apparaissent pourtant depuis longtemps essentiels :

- La santé ne se résume pas seulement à n'être pas malade.
- Même malade, une personne ne se définit pas par sa seule maladie.
- La « meilleure » santé possible est un processus continu tout au long de la vie qui comporte des aspects de prévention, parfois des réponses sanitaires ponctuelles à des maladies ou des accidents, ainsi qu'à des aspects sociaux et médico-sociaux lorsque la maladie ou l'accident de la vie vous prive en partie ou totalement de la possibilité de concrétiser seul vos choix et décisions de vie quotidienne.

Pour la 1^{re} fois donc, un organisme décentralisé en région, l'ARS, couvre ces trois champs de la santé : la prévention, l'organisation des soins de ville et à l'hôpital, et la prise en charge médico-sociale.

Véritable « révolution culturelle » de la santé jusqu'alors exclusivement tournée vers ses aspects purement sanitaires, il est probable que ce changement mettra un certain temps à se vivre réellement dans les esprits même de ceux auxquels cette mission est confiée. Mais au moins, le principe d'un autre regard posé sur « l'usager du système de santé » est clairement affirmé.

Dans cet esprit, la maladie d'Alzheimer est particulièrement emblématique de ces besoins en santé multiples et transdisciplinaires, et peut servir de « modèle » à une réflexion politique, éthique, sociétale. Par le nombre de personnes touchées et leur grande vulnérabilité, par ses besoins de prévention, de diagnostic, de soins, et de prise en charge médico-sociale, par ses répercussions multiples sur la santé des aidants familiaux, cette maladie est « exemplaire » par ce qu'elle révèle : des besoins de financements par la solidarité nationale, une exigence de formation des professionnels, l'impérative nécessité d'innovations, de créativité, d'imagination, tant les problèmes à surmonter sont variés et complexes.

Sans doute est-ce la raison pour laquelle toutes les ARS de France ont ainsi un « chef de projet Alzheimer » ?

« Si la santé n'a pas de prix, elle a un coût »

Et c'est bien là que les difficultés apparaissent immédiatement, surtout lorsque l'argent manque ! Aujourd'hui, comme nous l'avons vu, 80 % des aides apportées à la personne malade, le sont par la famille au sens stricte du mot : conjoint marié « pour le meilleur ou pour le pire » depuis plus de 50 ans, et enfants. Qu'en sera-t-il pour les futurs malades d'ici 10 ou 20 ans, génération du divorce et des familles « recomposées » ? La société et les pouvoirs publics peuvent-ils en espérer un même investissement familial gratuit dicté par l'amour et le sens du devoir ? La fille dont le papa est parti lorsqu'elle avait 5 ans, sera-t-elle prête, comme celle d'aujourd'hui, à sacrifier son emploi, sa santé et parfois même son couple, pour l'accompagner sur ce chemin de la grande dépendance Alzheimer ? En l'absence de cette main-d'œuvre bénévole, gratuite, des financements nouveaux devront-ils être trouvés ?

Aujourd'hui, le « reste à charge », c'est-à-dire, ce qui n'est pris en compte ni par l'assurance-maladie ni par l'APA, est en moyenne de 1 000 €/mois pendant 8 ans. Bien évidemment, dans la réalité, le reste à charge est moins important au stade débutant et modéré de la maladie et devient beaucoup plus lourd lorsque l'entrée en institution d'accueil est indispensable avec des coûts de 2 800 € par mois à l'hôpital public dans un service de longue durée en Ile-de-France, et de 3 000 à 5 000 € en EHPAD.

Aujourd'hui, la valorisation des aides gratuites fournies par les proches familiaux est évaluée pour 50 heures de travail par semaine à :

- 15 048 € par an, valorisation au SMIC ;
- 23 778 € par an, valorisation au salaire moyen homme
- Et 19 182 € par an, valorisation au salaire moyen femme

Alors que les situations financières d'un grand nombre de nos concitoyens deviennent de plus en plus précaires, peut-on encore longtemps espérer que les familles continueront ainsi à soutenir bénévolement pendant des années, 24 h sur 24 et 7 jours sur 7, la vie quotidienne de leur proche malade, sans une reconnaissance de leur rôle indispensable, sans une prise en compte de leur situation matérielle, sans un « statut » préservant au minimum leur droit à leur propre santé, leur droit à une retraite décente pour le travail offert, leur droit à un peu de répit de temps en temps ?

D'autres pays, particulièrement dans le nord de l'Europe, ont déjà anticipé ces questions et une reconnaissance du rôle des aidants familiaux ainsi que des soutiens bien concrets mis en place, participent à ce regard respectueux et reconnaissant de la société pour leur engagement.

En Allemagne, par exemple, les droits des aidants viennent d'être renforcés, via le *Verhinderungspflege*, système qui donne le droit aux aidants prodiguant au moins dix heures de soins par semaine à se faire remplacer par un aide-soignant, en cas de maladie ou de départ en vacances, pour une durée maximum de vingt-huit jours/an. Les coûts de ce remplacement, de ce droit au répit, sont alors pris en charge par l'assurance dépendance.

Les aidants familiaux ont aussi la possibilité de prendre un congé dépendance, ou de réduire leur temps de travail de moitié en conservant 75% de leur salaire. La difficulté de la prise en charge financière des besoins d'aide et de soins des personnes malades d'Alzheimer est que cette prise en charge est le plus souvent et le plus longtemps au cours de la maladie, de type « médico-social » c'est-à-dire qu'elle implique toujours trois financeurs : La Sécurité Sociale, le Conseil général et la personne malade elle-même, aidée financièrement ou non par sa famille selon ses propres moyens. L'enjeu politique et financier est de savoir où mettre le curseur répartissant la charge entre ces 3 financeurs !

Lorsque l'assurance-maladie dit « je paye », le conseil général dit « je n'ai plus d'argent » et quand les deux se mettent d'accord sur la répartition... le solde est reporté sur la prise en charge par la personne elle-même et ses proches, au risque d'y perdre même sa maison achetée au prix de lourds sacrifices quotidiens il y a 30 ans.

Ce principe de la répartition tripartite des financements médico-sociaux illustre bien deux réalités :

Le XXI^e siècle se caractérise par la chronicité d'un bon nombre de maladies : on n'en meurt plus aussi rapidement qu'avant, mais on ne sait pas encore les guérir. La chronicité veut dire moins de besoins sanitaires et plus

de besoins médico-sociaux, plus de besoins de compensation de certains handicaps physiques et/ou psychiques.

Selon que l'on est atteint ou non d'une longue maladie chronique invalidante, les Français peuvent ou ne peuvent plus transmettre un patrimoine même modeste à leurs enfants. Selon que l'on est atteint ou non d'une longue maladie chronique invalidante, les parents doivent subir l'humiliation de devoir faire payer leurs enfants par « obligation alimentaire » pour subvenir à leurs besoins essentiels de vie quotidienne, alors même que ceux de cette génération actuellement malades sont aussi ceux qui ont reconstruit la France après la guerre, ont travaillé souvent dès l'âge de 12 ou 14 ans, pendant 48 heures par semaine, et jusqu'à 65 ans...

Qu'ont pu penser ces vieux maris épuisés, lorsque le soir après leur longue journée à aider leur épouse malade, en regardant les dernières infos à la télé, ont vu des enfants d'une dizaine d'années manifester contre la retraite à 62 ans, en s'écriant : « nous on veut profiter de la vie, on veut pas travailler jusqu'à 62 ans, c'est trop fatigant ! » ?

Peut-on concilier prise en charge collective et accompagnement individualisé ?

Les grands organismes, pouvoirs politiques nationaux et locaux, les législateurs, les financeurs ne peuvent raisonner qu'en macro économie : lorsque des enjeux touchent un très grand nombre de personnes, toute erreur d'appréciation et de prévision a immédiatement des conséquences très lourdes. Réduire 1 million de personnes malades en courbes, colonnes, chiffres et camemberts pour flécher ensuite la répartition de budgets aussi diversifiés que le coût d'une place en Service de Soins à domicile (Ssiad), le prix de revient par an d'une place en accueil de jour ou d'un lit en EHPAD, ou le tarif de l'auxiliaire de vie prise en charge par l'APA, fait tourner la tête tant les chiffres nationaux paraissent importants... sauf que lorsque vous divisez par 1 million de personnes, ces millions d'Euros de la solidarité nationale, vous vous apercevez que cela ne représente plus grand-chose par tête de malade !

Et puis surtout, comment convertir ces grandes options politiques, ces grands chiffres des économistes, pour qu'au bout du compte, chaque personne malade, où qu'elle vive sur notre territoire, reçoive bien le soin et le service dont elle a besoin, elle, personne unique comparable à nulle autre ? Comment faire pour former, aider chacun des professionnels que chaque personne rencontrera sur son chemin de maladie, de l'agent de service au directeur d'EHPAD, de l'aide ménagère à l'assistante sociale, à prendre conscience que chacun a, par son métier, la responsabilité d'une personne que sa vulnérabilité a placée sous son emprise ?

Les besoins de formations professionnelles spécifiques pour apprendre à soigner et prendre soin des personnes âgées en général, et tout particulièrement de celles qui souffrent d'une maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, sont connus et aujourd'hui reconnus dans le 3^e Plan Alzheimer. Mais une formation peut-elle vous apprendre le tact, la délicatesse, la présence efficace et cependant discrète ? Peut-elle vous apprendre à préserver une distance, non pas celle d'un « je me tiens à distance » parce que je ne reconnais pas cette vieille personne comme mon semblable, parce que ses réactions inattendues me dérangent, parce que parfois même il m'arrive d'en avoir peur, mais lui offrir la distance qu'elle-même choisit, son territoire sacré autour de son corps, de son esprit, de ses souvenirs, dans lequel nul n'a le droit de s'autoriser à pénétrer d'autorité ou « pour son bien » sans la plus extrême délicatesse de la parole et du geste ?

La « quantité » et le « ratio de personnels » si souvent évoqués, ne sont pas toujours la seule condition nécessaire à la qualité de la prise en charge des personnes malades âgées ou non d'ailleurs. Je puis témoigner que, tout au long de ces vingt années de bénévolat et donc de rencontres d'innombrables professionnels, si le « ratio » est bien une condition nécessaire, ce n'est jamais une condition suffisante : dans un même établissement d'accueil, alors que toutes les conditions matérielles et environnementales sont identiques, on ne peut que constater d'incroyables différences dans la qualité des réponses offertes aux personnes vulnérables accueillies, selon l'équipe qui intervient.

Des phénomènes de société très récents jouent aujourd'hui un rôle important dans la qualité de l'accompagnement et des soins : je citerai comme exemple très concret, l'usage permanent du téléphone portable sur le lieu de travail où l'on peut voir parfois aujourd'hui une aide-soignante procurer des soins d'une main, avec dans l'autre son portable, toute occupée à une conversation privée dans laquelle le « patient », objet de ses soins, n'existe plus en tant que personne.

A l'inverse, ces innombrables rencontres, m'ont aussi permis de constater combien de professionnels étaient capables d'offrir de richesses humaines, de regards authentiques et de désirs de mieux comprendre, savoir et faire.

Je peux affirmer que bien des progrès ont déjà été réalisés, qu'un grand nombre de professionnels se sont engagés dans des démarches volontaires de remise en question de leurs pratiques, s'investissent dans des projets nouveaux pour essayer de toujours mieux répondre aux besoins des personnes dont ils ont la responsabilité. Ces professionnels prouvent ainsi chaque jour qu'il

est possible de mieux faire dès aujourd'hui, malgré les contraintes et les ratios insuffisants. Raison de plus pour ne pas tolérer l'intolérable, pour ne plus accepter le silence et le mensonge.

Ne jamais oublier que c'est l'honneur de chacun de ces professionnels de traiter d'autant mieux cette personne qui lui est confiée qu'elle n'est plus en état de demander ou de dire par elle-même, de se défendre et de se protéger... Ne jamais oublier surtout que chacun d'entre nous peut un jour, être un malade... ou l'aidant d'une personne malade...

Le soutien aux aidants familiaux, la formation des aidants familiaux sont le dernier recours d'une société qui ne peut répondre à tous les besoins tant elle a pris de retard à les étudier, les prévoir, et les budgétiser avant, avant le trop grand nombre de personnes malades, avant que nous nous retrouvions comme aujourd'hui, noyés par l'ampleur des besoins. Les pays nord-européens ont en général commencé leur « politique du vieillissement » de leur population, une bonne vingtaine d'années avant nous, à une époque où proportionnellement les besoins n'étaient pas aussi importants qu'aujourd'hui.

Une montée en charge en pente douce, a permis de mieux absorber le jour venu de l'arrivée massive des besoins, avec l'augmentation très importante de la longévité et donc d'un grand nombre de personnes de plus de 80 ans, âge de toutes les vulnérabilités de santé et sociales.

Familles et professionnels : l'alliance ?

Dans les colloques dédiés à ces pathologies, les témoignages les plus poignants, mais aussi les plus sévères sur la non-qualité de la prise en charge de ces malades, sont ceux donnés par un médecin, une infirmière, qui disent : « ma mère... Mon mari...voilà ce que j'ai vécu, ce que j'ai constaté... ». Celles et ceux qui vivent ou ont vécu des situations difficilement acceptables dans une institution d'accueil, témoignent de leur silence complice par peur des représailles, après avoir été taxées de « fille névrosée » ou « conjoint trop exigeant » comme cela leur était suggéré chaque fois qu'elles tentaient de parler de ce qui n'allait pas vraiment.

La crainte des « représailles » n'est pas une peur irrationnelle, exagérée : il y a réellement mille façons plus ou moins subtiles, plus ou moins directes, de pousser une famille à retirer son proche d'un établissement, ou bien pire, de la contraindre au silence honteux parce qu'elle n'a

pas le choix de pouvoir changer en raison de problèmes financiers ou de listes d'attente trop longues ailleurs.

En gérontologie, le travail en équipe, en réseau et la complémentarité des compétences, sont des critères de qualité aujourd'hui imposés et incontestables. Cette exigence de fonctionnement ne peut en aucune façon exonérer chaque membre de l'équipe de son engagement individuel et donc de sa responsabilité propre, quelle que soit sa place dans la hiérarchie des décisions, des actes et des comportements. Le renvoi perpétuel à la responsabilité des autres, tendance naturelle à l'excuse et l'alibi, ne peut plus être acceptable aujourd'hui alors que l'on sait, mieux qu'avant, les attentes et les besoins.

Alors que les différentes revues professionnelles de la gériatrie et de la gérontologie regorgent d'articles sur les troubles du comportement des personnes malades d'Alzheimer, bien rares sont les articles qui évoquent les problèmes comportementaux, relationnels, inacceptables de certains professionnels et qui n'ont rien à voir avec une éventuelle surcharge de travail : la façon de parler systématiquement infantilisante, les commentaires gras et les ricanements lorsque la vieille dame au ventre gonflé de gaz, émet pets bruyants et odeurs nauséabondes, et le « petite cochonne » pour celle qui mange avec ses doigts parce qu'elle ne sait plus utiliser une fourchette.

Le plus étonnant aujourd'hui est bien que, compte tenu du nombre de personnes malades d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée, la « frontière » entre familles et professionnels n'existe plus vraiment, tant le nombre de professionnels également touchés dans leur famille par la même maladie est devenu important !

Aujourd'hui aussi, un grand nombre d'hommes et de femmes politiques se retrouvent pour les mêmes raisons, également impliqués à titre personnel, dans cet engagement d'accompagner un proche parent malade d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Les déclarations politiques vont-elles en conséquence abandonner la simple « posture » déclamée ? Les promesses électorales vont-elles prendre alors une toute autre dimension ? On est en droit de l'espérer...

L'alliance des politiques, des professionnels et des familles pour soigner et prendre soin de ces personnes frappées par des pathologies particulièrement invalidantes, emblématiques de toutes les vulnérabilités cumulées, ne peut se bâtir que sur la confiance, l'authenticité et le mutuel respect.

La faiblesse du projet du PS sur la Protection sociale

Par M^{me} Catherine Mills

La santé

Le PS prétend rétablir l'égalité devant la Santé mais se garde bien de propositions précises pour sortir des réformes libérales en cours et pour avancer une réforme de progrès, pourtant indispensable du système de santé. Il rappelle à juste titre que près de 40 % des Français retardent le moment de se faire soigner pour des raisons financières. Les taxes sur les médicaments, les déremboursements, l'inflation des dépassements d'honoraires et la hausse du reste à charge des patients pénalisent tous les Français, particulièrement les plus fragiles et les plus âgés. Les inégalités territoriales d'accès aux soins se développent avec l'apparition de véritables déserts médicaux, à la campagne comme en ville. Il déclare alors vouloir réorganiser notre système de soins pour qu'il retrouve cohérence et efficacité.

Mais il avance trois choix très limités pour prétendre y parvenir :

- renforcer l'hôpital public mais il ajoute pour le recentrer sur ses missions essentielles, ce qui laisse à penser que tout ne serait pas possible et augure de nouvelles fermetures et fusions au nom du réalisme.
- Il propose aussi le développement des réseaux de soins et des maisons médicales afin de décharger l'hôpital et ses personnels de soins courants qui devraient relever de la médecine de ville mais quels types de réseaux de santé et que dire des maisons médicales qui peuvent très bien admettre la médecine libérale au lieu de promouvoir la vitalité des centres de santé, notamment municipaux. Sur la médecine de ville. Il propose aussi de lutter contre les déserts de santé en demandant aux jeunes médecins d'exercer dans une zone de santé prioritaire pendant les premières années à la sortie des études.
- Il propose enfin de faire primer la prévention et l'offre de soins de proximité dont les médecins généralistes doivent être le pivot ; pour cela, il veut introduire le paiement au forfait, autrement dit, dans le cas de patients qui ont besoin de se rendre souvent chez leur médecin, celui-ci recevra de la Sécurité sociale un montant global pour le suivi de ce patient.

Rien absolument rien sur le financement, rien de concret sur la démographie médicale, on ne dit absolument pas quelle véritable réforme du système de santé on veut mettre en place, aucun engagement à abroger la loi HPST, à rompre avec la T2A, à dégager un nouveau financement, le « réalisme » obligerait à rester dans les clous des réformes libérales.

La retraite

Si le projet du PS, annonce joliment : BIEN VIEILLIR ENSEMBLE, en rappelant, à juste titre que la façon dont une société accompagne chaque personne âgée jusqu'à la fin de sa vie est un indice de civilisation, il montre aussi que disposer d'une retraite décente et avoir le droit de choisir son mode de vie, ce n'est pas un luxe, c'est un minimum, une liberté de choix garantie collectivement il reprend aussi son engagement d'abroger la réforme de 2010, injuste et qui n'a rien réglé financièrement. Il prétend engager la réforme des retraites, mais sans revenir sur l'augmentation de la durée de cotisations engagée dans la « réforme » Sarkozy qui va de fait condamner les gens à travailler plus longtemps avec des retraites gravement rognées. Il promet un financement garanti avec une contribution du capital, le droit de partir à 60 ans, le maintien des seniors dans l'emploi, la prise en compte de la pénibilité mais aussi de l'allongement de la durée de vie.

Il prône certes un système universel mais aussi personnalisé qui permettrait à chaque personne de faire des choix et d'organiser sa vie, à partir du 1er janvier 2014, ce qui s'insère dans une logique individuelle de retraite dite choisie, à la carte, et qui peut évidemment admettre la montée de régimes par capitalisation, et ce qui est en droit d'inquiéter tous ceux qui sont attachés aux systèmes de retraite par répartition avec l'exigence de financements socialisés que cela implique. Le PS propose aussi que chaque Français dispose du compte temps-formation. Il prétend se donner les moyens de réussir sa réforme qui engagera plusieurs générations en menant une concertation avec les organisations syndicales et un débat public avec les Français en vue de décisions qui seront prises avant l'été 2013.

La dépendance

Chaque personne âgée confrontée à la dépendance devrait selon le projet du PS pouvoir décider de son mode de vie en fonction de ses aspirations et de sa situation, au regard de l'état de santé de la personne et de ses revenus financiers, soit là encore une conception à la carte, n'excluant en rien, la participation des assureurs, des Fonds de pension et du financement individuel et inégalitaire, en fonction des revenus et de l'épargne individuelle. Certes on rajoute que la solidarité doit jouer. L'objectif est d'équilibrer financièrement et non de travailler à de nouveaux financements solidaires dans le cadre d'une Sécurité sociale rénovée. L'amélioration des aides au maintien à domicile des personnes âgées dépendantes et l'équilibre financier seraient assurés en rétablissant la fiscalité sur les grosses successions à son niveau d'avant 2007.

On prétend que cela permettrait de jeter les bases d'un droit à la compensation de la perte d'autonomie tout au long de la vie, fondé sur la solidarité et non sur des assurances privées, qui ferait diminuer le reste à charge aujourd'hui effectivement insupportable, notamment pour les foyers modestes, à domicile ou en établissement. Mais sans précisions concernant les financements et sans renoncer à cette idée de partenariat public / privé, de recours aux complémentaires et de choix individuels

Extraits des propositions du PS en matière de protection sociale :

16. Pour les retraites, promise aux Français, fondée sur des garanties collectives, permettant des choix individuels et assurant l'avenir des régimes par un financement du premier au dernier euro. Pour organiser sa vie, chaque Français disposera d'un compte temps-formation.

18. Pour l'épanouissement des tout-petits, l'accueil en crèche et la scolarisation à deux ans sera développé. Nous favoriserons les conditions d'accueil des tout-petits, notamment par un plan ambitieux de création de places en crèches, la scolarisation dès deux ans pour les parents qui le souhaitent et l'accueil obligatoire dès trois ans.

19. Pour la santé, nous remettrons l'hôpital au cœur du système, et nous demanderons aux jeunes médecins libéraux d'exercer en début de carrière dans les zones qui manquent de praticiens.

20. Pour améliorer la prise en charge des personnes âgées dépendantes, à domicile ou en établissement nous ferons appel à la solidarité nationale.

Le scandale de l'amiante : la conscience française s'est réveillée bien trop tard

Par Henri BOUMANDIL

NDLR : *Henri Boumandil est secrétaire de l'ADDEVA 93 et administrateur à l'ANDEVA. C'est un ancien électricien industriel chez Alstom, entreprise responsable de ses deux maladies professionnelles (plaques pleurales et asbestose) et condamnée deux fois en faute inexcusable.*

L'usage de l'amiante n'a été interdit que le 1^{er} janvier 1997 par le décret n° 96-1133 du 24 décembre 1996. La France est le huitième pays européen à le faire après avoir beaucoup employé ce matériau toxique connu depuis le siècle dernier pour sa nocivité. On dénombre en France pas moins de 10 000 nouveaux cas de cancers professionnels causant 3 500 à 7 000 décès. Selon un rapport du Sénat, l'utilisation de l'amiante est responsable de 35 000 décès survenus entre 1965 et 1995 et pourrait causer de 65 000 à 100 000 décès entre 2005 et 2025-2030.

Cette hécatombe fait de l'amiante le plus grave, le plus important scandale de santé public en France. « *Un Hiroshima silencieux* » !

Qu'est-ce que l'amiante ?

L'amiante est un « *minéral magique* » surnommé « *matériau miracle* » ou encore l'« *or blanc* » largement utilisé en raison de ses qualités universelles d'isolation thermique, phonique, de sa résistance au feu, aux agressions chimiques et à la traction. Il est imputrescible. Ce sont les romains qui ont donné à cette roche le nom « *d'amiantus* » qui signifie « *incorruptible* ». Il se travaille facilement, est léger et son coût est faible.

C'est un cancérigène redoutable, capable de tuer à 30, 40 voire 50 ans de distance ceux qui en ont inhalé les fibres. Un cadeau en héritage pour trois générations. On le trouve sous de multiples formes, soit pur en plaques, soit incorporé à de nombreux liants et toujours présent en France, dans les calorifugeages de fours, de chaudières, les faux plafonds, les gaines et colonnes techniques, les canalisations, les plaques ondulées en amiante ciment, les revêtements de sols (Dalami) etc. Il n'existe pas de produit de substitution qui réunisse autant de qualité.

L'histoire de l'affaire de l'amiante :

- Dès 1906, Denis Auribault, inspecteur départemental du travail, à Caen, publie un rapport accablant dénonçant la « forte mortalité des ouvriers dans les filatures et dans les usines de tissage d'amiante ».

- 1919: les compagnies d'assurances américaines et anglaises suppriment leur garantie pour les entreprises fabriquant des matériaux contenant de l'amiante.

- 1929: toutes les firmes européennes ETERNIT se réunissent en un cartel, la SAIAC (Sociétés Associées d'Industries Amiante-Ciment), qui centralise, entre autres, les informations scientifiques sur les dangers de l'amiante.

- 1945: un tableau de maladies professionnelles dues à l'amiante est créé. Les employeurs ne peuvent prétendre ignorer les risques.

- Fin 1950: le mésothéliome pleural et péritonéal est attribué au rôle cancérigène des fibres d'amiante.

- 1951: les frères Blandin créent un matériau à projeter **sans amiante**. Un flocage sans amiante est disponible et largement utilisé en France en concurrence avec l'amiante dans les flocages. Mais il est 3 fois plus onéreux.

- 1965: 1^{er} cas de mésothéliome (dont la seule cause connue est l'amiante). Cela n'empêche pas d'en importer massivement pendant 30 ans encore, pour un total cumulé de 80 kilos par habitant.

- 1971: les industriels américains du nord et européens, qui développent des centaines d'applications de la fibre ignifuge, se réunissent à Londres lorsque des études scientifiques pointent sa nocivité. « *Les pressions vont s'accroître à plus ou moins terme* » redoute l'organisateur de la conférence, « *préparez votre défense* ».

- 1975: Le scandale de l'amiante éclate. Les médias informent du risque de cancer lié à l'amiante, et du risque de décès, autour de l'actualité de Jussieu, menée entre autres par le chercheur au CNRS Henri Pézerat toxicologue et figure emblématique décédé le 16 février 2009.

- 1976: une conférence du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC) classe l'amiante comme cancérigène avéré pour l'homme.

- 1977: le professeur Jean Bignon, *pneumologue respecté*, écrit à Raymond Barre, premier ministre: « *force est d'admettre que l'amiante est un cancérigène physique dont l'étendue des méfaits chez l'homme est actuellement bien connue* » et prédit « *des conséquences plus graves sur la santé publique pour les trente années à venir* ». Des décrets et arrêtés réglementent l'usage de l'amiante. Le flocage à l'amiante est interdit dans les habitations (décret du 29 juin 1977).

- Janvier 1978, le Parlement européen, dans une résolution, souligne le « caractère cancérigène » de l'amiante.

- Le 20 mars 1978, un décret interdit les flocages contenant plus de 1% d'amiante dans l'ensemble des bâtiments.

- 1982 : Création du **Comité Permanent Amiante** (CPA). Sur la création et la composition du C.P.A., lobby de l'amiante : *L'Association Française de l'Amiante* (l'A.F.A.) qui regroupe les industriels de l'amiante, crée, avec l'INRS le *Comité Permanent Amiante*. En réalité la paternité revient à Marcel Valtat créateur du C.E.S. (Communications économiques et sociales). A partir de 1982, l'A.F.A. versera plus de 600 000 francs au C.E.S. pour la création et le fonctionnement du C.P.A. (formidable lobby au service des industriels). Ce comité, groupe informel, sans pouvoir (officiel) et sans statut est créé par Dominique MOYEN, Directeur général de l'Institut National de Recherche et de Sécurité : l'INRS (association loi de 1901) va diriger la politique sanitaire française pour l'amiante. Ce comité réunira des scientifiques dans un « *groupe de travail scientifique* ». Il comprenait entre autre :

- le Pr. Etienne Fournier, toxicologue, membre de l'académie de Médecine ; le Pr. Jean Bignon et son successeur le Pr. Patrick Brochard qui dira par la suite s'être fait piéger : « *On ne sait pas faire sans amiante... Tout le monde croyait les industriels* ».

- des industriels représentant les grandes compagnies amiantogènes (Ferrodo – Valeo – Eternit – EDF – la SNCF – les chantiers navals – les avionneurs – les fabricants de véhicules automobiles...

- des hauts fonctionnaires de cinq Ministères différents : du Ministère du Travail : la DRT ; du Ministère de la santé : la DGS ; du Ministère de l'Environnement...

- des représentants d'organisme publics : l'INC ou la sécurité Sociale.

- des Syndicalistes (CFDT, CGT,...) ; FO cependant refusa d'y participer.

Les membres du CPA défendront longtemps l'usage de l'amiante *au nom de la préservation de l'emploi*. Ils se réuniront 98 fois entre le 20 septembre 1982 (date de son ouverture) et le 25 septembre 1985 (date de sa fermeture). Pendant 12 ans, la politique de santé publique en matière d'amiante est entièrement confiée à ce lobbying avec la complicité d'un état français singulièrement passif.

- En raison du « **scandale de l'amiante** » le gouvernement d'Alain Juppé a dissous en 1995 ce comité, a interdit toutes les utilisations de l'amiante et a lancé de très coûteuses opérations de désamiantage dans les bâtiments publics (en particulier sur le campus de Jussieu dont les importantes structures métalliques avaient été « *floquées* »

c'est-à-dire recouvertes d'amiante projeté pour la protéger du feu). La moitié de la faculté, soit environ 200 000 mètres carrés, est bourrée d'amiante. Mais n'est-ce pas bien trop tard sachant que plusieurs milliers d'établissements scolaires ou recevant du public (les hôpitaux, parkings, grandes surfaces etc.) sont aussi pleins d'amiante et le resteront encore longtemps avant d'être décontaminés. Le stock de déchets potentiel d'amiante provenant des flocages et des calorifugeages s'élève en France à 200 000 tonnes (10 kilos au mètre carré).

- 1986 : Les Etats-Unis envisagent d'interdire l'amiante. La France émet un avis négatif, s'appuyant sur un rapport du Comité Permanent Amiante. En 1991, quand la Communauté européenne s'interroge sur une interdiction pure et simple de l'amiante, le CPA procède à un intense lobbying afin d'empêcher toute prohibition et ce, de concert avec la complicité du lobby canadien. Le CPA contribuera grandement à geler la situation et l'amiante continuera sa mortelle besogne.

- En 1994, la mort de six enseignants au lycée de Gérardmer relance le débat sur l'amiante et à JUSSIEU une nouvelle génération de chercheurs s'inquiète de la présence massive d'amiante. Michel PARIGOT, responsable du comité anti-amiante de JUSSIEU déclare : « *Nous avons été confrontés au Comité Permanent Amiante. Quand on téléphonait au ministère de la santé, on tombait sur quelqu'un de ce comité qui nous répondait : « Il y a plus de risques sur le périphérique que dans votre université ». Nous avons très vite compris que cette structure n'avait réussi à fonctionner aussi longtemps que parce qu'elle n'avait pas été dénoncée publiquement* ». Le CPA disparaît fin 1995.

- Juillet 1995 : La revue « *Santé et travail* » dénombre 56 mésothéliomes alors que l'INSERM en recensait 900 en moyenne par an. La reconnaissance des maladies professionnelles est conditionnée au bon vouloir des médecins conseil des caisses primaires d'assurance-maladie, dont *la compétence et l'honnêteté* sont, bien entendu, *indiscutables*.

- 1996 : Création de l'ANDEVA (Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante) à laquelle cotisent à fin juin 2011 : 23 000 adhérents dispersés, en France, dans 64 associations. (<http://andeva.fr/>)

- 1996 : L'Inserm révèle l'ampleur de la catastrophe sanitaire, estimant qu'elle pourrait faire 100 000 morts en France d'ici 2025.

- 1^{er} janvier 1997 : *L'usage de l'amiante est interdit*. L'office parlementaire fustige en termes très durs le « *laisser-faire des pouvoirs publics* ». « *A l'époque, il a semblé normal de confier la veille sanitaire au privé (CPA) résume Michel LEDOUX, avocat de l'ANDEVA (Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante). C'est comme si la Seita s'était occupée du cancer du poumon* ».

- 28 novembre 1998 : l'Assemblée nationale adopte à l'unanimité un amendement gouvernemental accordant une pré-retraite anticipée, dès 50 ans aux « salariés et anciens salariés » des établissements de manufacture de l'amiante et aux victimes. Il s'agit de l'ACAATA (Allocation de Cessation Anticipée d'Activité des travailleurs de l'Amiante).

- 18 décembre 1998, la responsabilité de la Sécurité sociale est reconnue dans une affaire concernant les victimes de l'amiante. Le tribunal reconnaît la « faute inexcusable » de la société EVERITE.

- 2000 : Le tribunal administratif de Marseille juge l'Etat « responsable des conséquences dommageables du décès » de 4 personnes contaminées.

- 24 octobre 2001 : Création du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA).

- 28 février 2002 : Arrêt de la Cour de cassation reconnaissant la « faute inexcusable » des employeurs pour le cas des maladies professionnelles.

- 20 décembre 2003 « 100 000 Français devraient mourir d'ici à 2025 » déclare le Professeur Marcel GOLDBERG qui coordonna l'expertise réalisée par l'INSERM.

- Mars 2004 : un arrêt du Conseil d'Etat confirme la faute de l'Etat dans l'affaire de l'amiante.

- Décembre 2004 : Les veuves de victimes de l'amiante entament à Dunkerque leur marche autour du Palais de Justice. Manifestation silencieuse pour montrer leur volonté et détermination de voir se tenir un procès pénal de l'amiante. Une première en France. Cette marche des veuves aura un retentissement national.

- Octobre 2005 : Une mission du Sénat évoque une « épidémie à venir inéluctable et irréversible » de cancers provoqués par l'amiante et met en cause « la responsabilité de l'Etat » dans « la gestion défaillante » de ce dossier.

- 2007 : 22 morts et 130 victimes reconnues comme maladie professionnelle liée à l'amiante, ont été recensés à ce jour parmi le personnel travaillant ou ayant travaillé sur le campus de Jussieu.

- 2010 : L'ADDEVA 93 (Association Départementale de défense des Victimes de l'Amiante de la Seine Saint-Denis) déplore 604 victimes et 280 décès depuis sa création en 2000.

- 8 juillet 2010, la Cour de Cassation confirme que la réouverture des dossiers prescrits n'est pas limitée aux victimes affiliées au régime général et agricole mais élargie aux régimes spéciaux (EDF, GAZ, SNCF, RATP, Opéra de Paris Banque de France, etc.).

- 19 octobre 2010, 200 veuves de victimes de l'amiante sont reçues à l'Assemblée Nationale.

- 17 février 2011, la Cour d'appel de Bordeaux confirme la faute inexcusable de la société Saint-Gobain emballage.

- 21 mars 2011, la Cour d'appel de Metz réaffirme le principe selon lequel les entreprises connaissent, avant

le règlement spécifique à l'amiante issu du décret du 17 août 1977, les risques liés à l'amiante et notamment suite à la création du tableau 25 des maladies professionnelles.

- 2 mai 2011, Patrick ROY, député du Nord, décède d'un cancer. Il a porté bien haut le flambeau de la lutte contre l'amiante et pour la cause de ses victimes. Il était président du groupe parlementaire d'études « amiante » de l'Assemblée nationale.

La responsabilité de l'état

L'état Français a plusieurs fois été reconnu fautif dans les affaires de l'amiante. La jurisprudence « BOTELLA » - du nom d'une des 4 victimes décédées de l'amiante est sans ambiguïté. Le Tribunal administratif estime que : « le retard fautif mis par l'état pour édicter des normes sévères quant à l'inhalation des fibres d'amiante en milieu professionnel est la cause du décès de M. Bottella, qu'il y a lieu de condamner l'état à réparer les conséquences dommageables de la maladie de M. Botella ». L'avocat d'Eternit joint à son courrier un commentaire, histoire de bien faire comprendre au juge Laetitia Bruni qu'elle s'attaque à une affaire d'état. Le Conseil d'Etat du 3 mars 2004 a confirmé que : « du fait de ses carences dans la prévention des risques liés à l'exposition des travailleurs aux poussières d'amiante, l'Etat a commis une faute de nature à engager sa responsabilité ».

En juillet 1998 Martine Aubry et Bernard Kouchner recevaient le rapport qu'ils avaient demandé un an plus tôt au professeur Claude Got expert des questions de santé publique. Il note tout d'abord que « environ 700 mésothéliomes apparaissent chaque année en France et personne ne discute le fait que 90 % à 95 % de ces cancers sont provoqués par l'amiante et cependant moins de 100 mésothéliomes sont reconnus d'origine professionnelle » Il porte un regard particulièrement critique de la gestion de ce dossier par les autorités : « Il est possible d'affirmer l'existence d'un des risques sanitaires bien identifié et l'absence de prise en compte de ce risque à son juste niveau, par ceux qui avaient pour mission d'assurer la sécurité sanitaire des ouvriers (employeurs, médecins du travail) et finalement l'Etat qui fixe les règles destinées à assurer cette sécurité et qui ne manifestera un début d'efficacité qu'à partir de 1997 ». Claude GOT appelle à une profonde réforme de la médecine du travail « qui a en grande partie échoué dans la prévention des maladies professionnelles liées à l'amiante ».

Devant ce raz de marée que constituent des centaines de condamnations d'industriels, obtenues au fil des ans par les avocats des victimes, les pouvoirs publics n'ont plus qu'une solution : créer un fonds d'indemnisation comme ce fut le cas pour les victimes du sang contaminé : La loi de financement de la Sécurité Sociale institue le FIVA (Fonds d'Indemnisation des Victimes de

l'Amiante). Il était temps. Le volet judiciaire de l'affaire avait pris un tour inquiétant pour les pouvoirs publics : une plainte avait été déposée devant la Cour de justice de la république visant treize Ministères.

Les procédures judiciaires en France

L'importante jurisprudence de la Cour de cassation sur la faute inexcusable de l'employeur du 22 février 2002 a conduit à une augmentation considérable des recours au civil devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale (le TASS) et à une condamnation quasi systématique des employeurs. Depuis 15 ans des milliers de plaintes s'abattent sur les entreprises françaises. Avec l'aide des associations de défense des victimes de l'amiante (l'AD-DEVA 93 pour la Seine Saint-Denis) et de leurs avocats, des actions en faute inexcusable de l'employeur ont été engagées contre les entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante et contre lesquelles des preuves et des témoignages irréfutables ont été produits devant les tribunaux. Ce sont parmi les plus importantes : *Alcatel, Alstom, Amisol, Arc International, Atofina, Ascométal, Bosch système de freinage, CECA, CEA (Commissariat à l'énergie atomique), Cellulose du Pin, Chantiers de l'Atlantique, Chausson Gennevilliers, Cherbourg maritime, Chouteau, CIAP, Citroën, le CMMP (comptoir des minéraux et matières premières), Cogema, Cogér, Comilog, Compagnie industrielle de chauffage, Compagnie thermique industrielle, Construction industrielle de l'Atlantique, Courtauld Fibres, Creusot Loire, Cristallerie d'Arc, Dalkia, DCN (Direction des chantiers navals), Desmarez, Dupuis & Cie, EDF, Elyo, Eternit, Everit (filiales de Saint-Gobain), Fédéral Mogul, Ferrodo, Fives-Cail Babcock/Cnim, Framatome, Général Trailers, Générale Industrielle, Glaverbel, France Gleser Industrie, Grande Paroisse, GTMH, Holophane, Houillères du midi, Installation thermique lyonnaise, Intraviss, Isotherma, le Joint Français, Latty, Lesieur, Lyonnaise des eaux, Machinox, Michelin, Nobelsport, Ortec, Péchiney Rhenalu, Placoplâtre, Polyrey, Produits chimiques de Loos, Prodemo, RATP, Renault, Roche, Rhodia Chimie, Rhône-Poulenc, Saint Gobain Abrasives (ex Norton) Saint-Louis-Sucre, Sanofi-Aventis (ex Roussel Uclaf), SEMT Pielstick, SIREN, SMSL Briens Lamoureux, SNCF, Société minière de l'amiante, Sollac, Storaenso, TIRU, Total, Tunzini, Ugine Isbergues, Unimétal, Valeo, Wanner Isofi, ZF Masson...* (liste indicative très incomplète).

L'usine Eternit de Thiant (nord) détenait en 1995 le record de France des maladies professionnelles indemniées : 278 cas soit 65 % des victimes recensées dans l'ensemble du groupe Eternit. Une juge d'instruction courageuse du Tribunal de valenciennes, Patricia BRUNI a mis en examen trois anciens directeurs patrons de l'usine d'Eternit, en mars 2002 à la suite d'une plainte pour « homicide volontaire ». Le Tribunal de grande instance de

Valenciennes leur avait infligé ainsi qu'au sous-traitant soixante amendes de 2000 francs chacun soit 120 000 francs, une goutte d'eau pour Eternit. A ce prix-là, pourquoi respecter la réglementation ?

Le 17 février 2002, Pierre Sargos, Président de la chambre sociale de la Cour de Cassation donne le ton : Il s'agit « d'un drame épouvantable » responsable « d'infiniment plus de victimes que le scandale du sang contaminé ». 30 sociétés sont condamnées « pour faute inexcusable » en première instance puis en appel. On y retrouve la fine fleur des utilisateurs d'amiante : les fabricants de fibrociment comme Eternit et Everit (Saint-Gobain), des équipementiers automobiles (ferrodo et Valeo), des sidérurgistes comme Usinor, Sacilor ainsi que des entreprises de la métallurgie. Les manifestations se multiplient dans tout le pays pour faire condamner pénalement les industriels responsables. Et ça réussit : plusieurs employeurs sont condamnés. L'ancien responsable d'une entreprise de Gourin, spécialisé dans le désamiantage, poursuivi devant le tribunal de Lorient, pour, notamment « mise en danger de la vie d'autrui » en ayant exposé des salariés au risque de l'amiante, se voit condamné à un an de prison ferme.

Enfin ! Les médias s'intéressent aux victimes, aux veuves et à leur combat. Les scandales des chantiers contaminés, comme Jussieu, Montparnasse, les tours de la défense, les centrales nucléaires, les chantiers navals, le Clémenceau, le CMMP (comptoir des minéraux et matières premières) d'Aulnay sous bois, la mine d'amiante à ciel ouvert de Canari en Corse, la Nouvelle Calédonie, et bien d'autres, éclatent dans tout le pays, sèment l'inquiétude et provoque la réaction des victimes.

Les inégalités sociales de santé

Le cancer du poumon comme les autres pathologies liées à l'amiante frappent les catégories les plus défavorisées, les travailleurs malléables et corvéables à merci ayant été exposés à l'inhalation de poussières d'amiante il y a même plus de 40 ans. Leur survie est plus faible du fait de leur catégorie sociale défavorisée, de leur mauvaise qualité de vie et du faible niveau socio-économique. On compte parmi eux les professionnels exposés à des risques importants tels que : *calorifugeurs, tuyauteurs, chauffagistes, mécaniciens sur moteurs, soudeurs, couvreurs, chaudronniers, poseurs de faux-plafonds, électriciens bâtiment et industriel, plombiers, floqueurs, ouvriers d'isolation (thermique, phonique), ouvriers d'entretien de chaudières, monteurs en gaines de ventilation, tuyauteurs, démolisseurs, ascensoristes, maçons, peintres en bâtiment, poseurs de revêtement de sols, mécaniciens sur navires, nettoyeurs de locaux de surface, agents de laboratoire, pompiers (protections individuelles: gants, tablier, combinaison ignifugée), ouvriers*

de raffinerie et de pétrochimie, souffleurs de verre, ouvriers de fabrication de papier et de carton, bijoutiers, orfèvres, brasseurs de bière, ouvriers de cidrerie (filtration avec matériau à base d'amiante) et bien entendu les intérimaires, les ouvriers de la sous-traitance en contrat précaire et on ne peut le cacher, les travailleurs clandestins. Cette liste n'est pas exhaustive.

Il n'est pas superflu de rappeler que la plus forte mortalité est observée chez les ouvriers du bâtiment, en fait chez tous ceux qui interviennent sur cet amiante désormais omniprésent dans notre environnement. Les « *isolateurs* » ou « *projeteurs d'amiante* » à plein tuyaux (pour floquer les bâtiments métalliques comme la faculté de Jussieu) dans les années 1970, sont une « espèce en voie de disparition » c'est-à-dire de plus en plus rares parce que décimés par le cancer du poumon ou le mésothéliome. A tel point qu'il est extrêmement difficile de trouver des projeteurs encore en vie pour témoigner, devant les tribunaux, des conditions effrayantes dans lesquelles ils (ou bien leurs collègues décédés) travaillaient sans qu'aucune protection individuelle ne soit mise à leur disposition et dans l'ignorance la plus totale des dangers de l'amiante. Ces témoignages sont indispensables pour faire condamner leurs employeurs en faute inexcusable et obtenir réparation.

Dans le domaine de leur prévention, il faut bien déplorer que la médecine du travail n'ait pas rempli sa mission. L'INRS rend public des chiffres éloquentes : « *76 % des chantiers de déflocage visités (à la suite d'une campagne de contrôle) ne respectent pas certains points essentiels édictés par la réglementation. De graves irrégularités sont relevées : absence de certification des entreprises, sous estimation du risque, formation insuffisante des personnels et la tentation de réduire les coûts. De nombreux chantiers ne sont pas déclarés à l'inspection du travail, à la caisse d'assurance-maladie, à la médecine du travail* ». Environ 1,7 million de personnes sont employées aujourd'hui dans le bâtiment (80 %) et les travaux publics (20 %). Les 2 secteurs comptent, à fin 2010 : 559 092 entreprises (85 % de moins de 5 salariés) et réalisent un chiffre d'affaires de 170 milliards d'euros.

A fin 2010 : 45 672 décès de retraités (BTP) ont été enregistrés (46 701 en 2009) ainsi que ceux de 27 313 veuves/veufs (27 713 en 2009). Au niveau de l'ARRCO, 690 839 rentes ont été liquidées en 2010 dont 94 718 dans le BTP. A titre indicatif la pension de retraite annuelle moyenne servie en 2010 au titre de l'ARRCO s'établit pour les retraités à 2 797 €. En Seine Saint-Denis le cancer est la 1^{re} cause de mortalité prématurée dans la population (décès avant l'âge de 65 ans). Ce département concentrait la plus forte industrialisation en Ile

de France et un grand nombre de travailleurs étrangers dont les conditions de vie étaient précaires. 84 % de ceux qui se trouvent en oncologie ou en pneumologie atteints de cancer, ont été exposés à des cancérrogènes durant leur vie professionnelle. Les ouvriers semblent s'y être donnés rendez-vous au sortir de l'usine ou du chantier. Nombreux sont arrivés en France via l'immigration avec les contrats délivrés par l'ONI (Office National de l'Immigration). Sous la 5^e république des accords (plutôt des marchés) ont été signés avec l'Espagne franquiste en 1961, avec Salazar, dictateur du Portugal, avec le Maroc, la Tunisie et l'Italie en 1963. En raison même de leurs origines ils sont le plus souvent confrontés aux travaux les plus ingrats, les plus dangereux, les plus mal rémunérés et ce dans des conditions de vie déplorables. La Seine Saint-Denis comptait 45 % de jeunes d'origine étrangère en 1990 (contre 17 % pour l'ensemble du territoire.) Ils sont plus de 50% à Aubervilliers, Bobigny et La Courneuve. Les vieux maghrébins sont nombreux à ne pas atteindre l'âge de la retraite. Leur espérance de vie est parmi les plus faibles. Ils meurent souvent « *au pays* ».

Le FIVA : (Fonds d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante)

Le FIVA est un des principaux acquis des victimes de l'amiante en 15 ans de combat. C'est la seule voie pour indemniser intégralement tous les préjudices de toutes les victimes de l'amiante et de leurs ayants droit, que la contamination soit d'origine professionnelle ou environnementale et qui ne peuvent ou ne veulent pas engager une action en faute inexcusable de l'employeur. Il traite environ 8 000 dossiers par an. Le montant des indemnités versées, depuis sa création le 24 octobre 2001, dépasse deux milliards d'euros. L'insuffisance de moyens et une gestion calamiteuse de l'ancien directeur avaient provoqué un retard gigantesque dans la gestion des dossiers. Depuis, la situation a commencé à se redresser. Des mesures de rationalisation ont permis de raccourcir les délais d'indemnisation. Mais des problèmes de fonctionnement demeurent.

Le FIVA a tendance à multiplier les exigences vis-à-vis des victimes et des familles, ce qui allonge de plusieurs mois le traitement de nombreux dossiers. Les batailles menées par les représentants de l'Andeva, la Fnath et les organisations syndicales ont permis de régler deux problèmes majeurs :

- en obtenant l'allongement du délai de prescription de 4 ans à 10 ans, ce qui a évité que 600 dossiers ne soient privés de toute indemnisation ;
- en mettant en échec un nouveau mode de calcul du préjudice économique décidé sans consultation du conseil, ce qui a évité que des victimes et des fa-

milles ne connaissent une baisse drastique de toute indemnisation.

Malgré ses victoires et les manifestations les victimes et les ayants droit sont confrontés à l'offensive la plus grave depuis la création du Fiva : un projet de décret modifiant la gouvernance du fonds (actuellement un magistrat indépendant, membre de la Cour de Cassation) vise à assurer une majorité permanente aux « *payeurs* » qui sont responsables de la catastrophe sanitaire de l'amiante. Les enjeux sont considérables, car c'est bien une baisse des indemnisations que prépare ce projet, au Fiva d'abord, puis à terme dans les tribunaux.

Le préjudice d'anxiété

Le 11 mai 1910 la Cour de Cassation reconnaissait le « *préjudice d'anxiété* » des salariés ayant été exposés à l'inhalation de fibres d'amiante (soit entre 5 000 et 10 000 euros par salarié). Du fait de cette exposition ces salariés étaient contraints, pour le reste de leurs jours, à vivre avec l'anxiété d'être un jour malade d'une pathologie due à l'amiante qui peut mettre des dizaines d'années à se déclarer. C'est l'angoisse de vivre avec cette épée de Damoclès au-dessus de sa tête, l'angoisse de vivre avec l'idée de mourir d'une maladie de l'amiante. Déjà en 1996, ce préjudice avait été reconnu pour les victimes de l'hépatite C. Maître Tessonnière, avocat de l'ANDEVA précise : « *A chaque fois qu'un phénomène social est apparu, le souci des juristes a été de faire en sorte d'avoir une prise sur la réalité (la loi sur les accidents de travail de 1898, et la loi sur les maladies professionnelles de 1911) de manière à pouvoir la réguler et, dans la mesure du possible, la corriger. La nouvelle catégorie de victimes que fait apparaître le préjudice d'anxiété rend enfin possible de reconstituer l'unité de temps et de lieu d'un procès. Cet outil juridique nouveau est donc tout adapté à ces formes nouvelles de préjudice qui interviennent avec des risques à effet différés* ». Pour information, les salariés de Valéo recevront chacun 10 000 euros de dommages et intérêts soit 5 000 euros pour « *préjudice d'anxiété* » reconnu le 11 mai par la Cour de cassation et 5 000 autres pour « *bouleversement d'existence* ».

Cette même Cour de Cassation a pris le 16 juin 2011 un important arrêt relatif aux prestations versées aux victimes de l'amiante reconnues en maladie professionnelle : Ces prestations seront dorénavant versées, *non pas à compter de la date du certificat médical initial (CMI) mais à partir de la date de la connaissance de cette maladie y compris pour les affaires en cours.*

L'international : Journées mondiales à Turin : Le combat de l'amiante est universel, sans frontières⁽⁴⁸⁾

La dernière période a connu quelques avancées vers l'interdiction ou le durcissement de la réglementation amiante dans certains pays, mais elle a surtout été marquée par deux événements importants, les 28 et 29 avril 2011 :

- la campagne internationale contre la politique criminelle du Canada et l'ouverture d'une mine d'amiante à Jeffrey (Québec)
- le déroulement du procès de Turin contre la multinationale Eternit et la conférence « *pour un monde sans amiante* » à Casale Monferrato. Eternit (et ses usines de 4 villes italiennes Casale Monferrato, Cavagnolo, Bagnoli et Rubiera) est responsable du décès de 1 800 personnes décédées de l'amiante.

Ces combats ont permis un développement de la solidarité internationale des victimes de l'amiante et un resserrement des liens entre les associations de différents pays. Dans la ville de *Casale Monferrato*, la ville ravagée par l'amiante d'Eternit, s'est tenu la sixième Journée mondiale des victimes de l'amiante. Une importante délégation de l'ANDEVA et de ses associations locales, avec une représentation des Mutuelles de France a représenté la France aux côtés des délégations venues des Etats-Unis, du Brésil, du Mexique, d'Espagne, de Suisse, de Grande Bretagne et de nombreuses régions d'Italie. Les délégations de tous les pays présents ont adopté une déclaration commune soulignant qu'il est « *indispensable et urgent d'éliminer complètement l'amiante de l'environnement de l'homme* », l'utilisation de ce matériau cancérigène « *ayant déjà eu pour conséquence plusieurs centaines de milliers de morts* ».

Les pays qui font commerce de l'amiante : 2 millions de tonnes ont été produits en 2009 !

La production d'amiante en 2009

Les cinq plus gros producteurs

La Russie :	1 200 000 tonnes
La Chine :	380 000 tonnes
Le Brésil :	288 000 tonnes
Le Kazakhstan :	230 000 tonnes
Le Canada :	150 000 tonnes
L'Inde :	19 000 tonnes

L'exportation : environ 1 250 000 tonnes

Les 4 plus gros exportateurs

La Russie :	720 000 tonnes
Le Kazakhstan :	190 000 tonnes
Le Brésil :	156 000 tonnes
Le Canada :	150 000 tonnes

La consommation par pays :

L'Asie (hors ex-URSS) : 1 260 000 tonnes

⁴⁸ Nous donnons dans les documents (N°2, page ...) le communiqué de presse de l'ANDEVA sur le procès de Turin.

Pays de l'ex-URSS :	500 000 tonnes
Amérique du sud :	160 000 tonnes
L'Indonésie :	78 000 tonnes
Amérique du nord :	26 000 tonnes
Afrique :	7 012 tonnes
Europe (hors ex-URSS) :	240 tonnes

Principaux consommateurs en Amérique :

Sud : le Brésil : 87 %

Central : Le Mexique et Cuba

Le Canada, seul grand producteur qui n'utilise pas l'amiante, exporte toute sa production. La quasi-totalité des 2 millions de tonnes d'amiante consommé est donc utilisée au Brésil, dans l'ex-URSS et en Asie.

100 000 c'est le nombre de morts chaque année dans le monde par exposition à l'amiante selon l'OIT. S'y ajoutent les proches des ouvriers et les riverains des usines.

Notes et références :

1. Les rapports du sénat « *Le drame de l'amiante en France : comprendre, mieux réparer, en tirer des leçons pour l'avenir* » Tomme 1 et 2. N° 37 – 2005 / 2006.
2. « *Salariés de l'amiante, employés de l'indifférence* » de Caroline Faesch (éditions Golias, Avril 2002)
3. « *Tristes scanners pour les travailleurs de l'aube* » (Des ateliers du 93 aux pavillons des cancéreux) de Laura Boujasson (Giscop 93) (éditions Golias, octobre 2010).
4. « *Travailler peut nuire gravement à la santé* » D'Annie Thébaud-Mony, sociologue, Directrice de recherches à l'INSERM et dirigeante du GISCOP 93. Editions « La Découverte » Mai 2008. Couronné en 2008 par le prix de l'association des Journalistes médicaux de la presse grand public.
5. « *Amiante, 100 000 morts à venir* » de François Malys – Document : Le Cherche Midi – 2004.
6. « *Ni coupables ni responsables* » Guillaume Perrault – Edition Albin Michel (septembre 2004)
7. « *Guide pratique amiante* » Les maladies professionnelles en Seine Saint-Denis : ADDEVA 93. (addeva93@wanadoo.fr)
8. Les *bulletins trimestriels de l'ANDEVA* (8 rue Pathé, 94300 Vincennes) (andeva@wanadoo.fr)
9. « VIVA » Magazine Mutualiste mensuel (viva@viva.presse.fr).

Glossaire :

ANDEVA – Association nationale de défense des victimes de l'amiante.

ADDEVA 93 – Association départementale de défense des victimes de l'amiante de la Seine Saint-Denis.

ACAATA – Allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

CIRC – Centre international de recherche sur le cancer

CMMP – Comptoir des minéraux et matières premières

CPA – Comité permanent amiante

CPAM – Caisse primaire d'assurance-maladie

FIVA – Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

FNATH – Fédération nationale des accidentés du travail et handicapés

GISCOP – groupement d'intérêt scientifique sur les cancers professionnels

INSERM – Institut national de recherche et de sécurité

INRS – Institut national de recherche et de sécurité

De la Loi HPST aux Assises Régionales de la Santé

Par le D^r Fabien Cohen

NDLR : Le D^r Fabien Cohen est chirurgien-dentiste, responsable santé régional du PCF Ile de France et membre de la commission santé nationale du PCF. Il est l'un des principaux animateurs de l'APPEL des 50 en Ile de France⁽⁴⁹⁾. Nous lui avons demandé de nous présenter les fondements et l'expérience concrète de l'initiative originale de cet appel.

Avec la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire (HPST), la mise en place des Agences Régionales de la Santé (ARS), nous sommes entrés dans l'ère de la structuration politique, au plan des régions, des questions de la Santé et de la Protection sociale. Ce n'est pas une régionalisation mais une hyper concentration au niveau du préfet de région et du Directeur Général des ARS de pouvoirs considérables, sous contrôle du Ministère de l'Intérieur.

C'est un pas supplémentaire dans la marchandisation et la privatisation de la santé qui sera de surcroît financé par l'Assurance-maladie, organisant chaque jour son déficit pour mieux la livrer aux appétits dans grands groupes financiers de l'Assurance. Avec les ARS, la santé est ainsi confisquée aux élu-e-s locaux, aux personnels médicaux et aux représentants des salarié-e-s ; ce sera plus de fermetures de services et d'hôpitaux, mais aussi des centres de santé en danger, une médecine libérale à plusieurs vitesses, des spécialistes difficilement accessibles, des centres IVG et des maternités de proximité qui ferment, ... Avec les ARS, nous allons vers une Sécu de plus en plus chère,

une mutuelle hors de portée, de maigres salaires, un renoncement aux soins qui s'aggrave, ... Avec les ARS, on nous propose le démantèlement de la psychiatrie et une instrumentalisation sécuritaire de celle-ci.

Partant de là, les communistes qui s'étaient engagés très en amont dans la lutte contre cette loi, ont décidé de tout faire pour s'opposer dans les Régions à cette Loi voulue par L'Europe du traité de Lisbonne. Comme nous l'avions exprimé à maintes reprises dans la campagne des régionales, il devenait urgent que la gauche victorieuse fasse des Régions des points d'appui pour les luttes des personnels de la santé, des élu-e-s et des usagers face aux ARS. C'est ainsi que nous avons repris la proposition faite pendant ces élections régionales de demander aux régions la mise en place des Assises de la santé afin d'opposer aux ARS, une politique de santé définie ensemble et démocratiquement par territoire, pour promouvoir une protection sociale basée sur le principe «chacun co-tise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins».

⁴⁹ **Pr Albert Bensman**, Pr à la Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie **Dr Jacques Bellin**, chirurgien à l'hôpital de Melun **Corinne Bluteux**, cadre de santé en psychiatrie, Maire adjointe Savigny le Temple **Sylvie Bouvier**, agent Hôpital Verdier de Bondy, militante syndicale, élue **Dr Jean Brafman**, chirurgien-dentiste, **Ian Brossat**, Conseiller de Paris **Jean-Claude Chailley**, militant syndical retraite **Patrice Chauveau**, pharmacien, élu ville d'Argenville **Bruno Pascal Chevalier**, militant associatif d'usagers de la santé **Dr Cohen Fabien**, chirurgien-dentiste de santé publique, syndicaliste **Antoine Colombani**, association d'usagers de défense de centre de santé Sartrouville **Alain Desmarest**, 1^{er} Vice-Président du Conseil général du Val-de-Marne **Jean-Marc Devauchelle**, responsable syndical AP-HP **Pr Didier Dreyfuss**, chef de service Hôpital Ambroise Pare, **Pr Jean-Luc Dubois-Rande**, Chef du service de l'Hôpital Henri Mondor **Pr Roger Ferreri**, chef de service psychiatrique **Yves Gegou**, cadre retraité des hôpitaux psychiatriques, collectif des 39 contre la nuit Sécuritaire **Jean-Luc Gibelin**, militant syndical, directeur hospitalier **Pierre Gosnat**, député-maire d'Ivry/seine, **Alain Gratadour**, Président de la Solidarité Mutualiste **Thierry Guigui**, militant syndical AP-HP, **Florence Haye**, 1^{re} Adjointe au Maire de St-Denis, Conseillère générale de la Seine Saint Denis **Catherine Jousse**, Co-responsable du Secteur santé protection sociale de l'UFAL, **Marie Kennedy**, Conseillère générale Val-de-Marne, **Dr Moncef Ketari**, Président de la CME de l'Hôpital Intercommunal de Villeneuve-St-Georges **Serge Klop**, infirmier psychiatrique, collectif des 39 contre la nuit Sécuritaire **Jeannick Lelagadec**, Maire-adjointe ville de Champigny **Alain Lhostis**, Conseiller de Paris, Président délégué de l'AP-HP de 2001 à 2008 **Dr Michel Limousin**, médecin, rédacteur en chef revue de santé publique et protection sociale **Pierre-Etienne Manuelan**, directeur du centre de santé du Blanc Mesnil **Nathalie Marchand**, secrétaire médicale, militante syndicale AP-HP, **Dr Didier Menard**, médecin généraliste, syndicaliste **Françoise Monaque**, Maire-adjointe santé, ville d'Argenteuil **Jean-Pierre Morvan**, Maire adjoint, **Cécile Moutte**, Maire-adjoint Juvisy, Vice-présidente de Ensemble pour une santé solidaire **Dr Françoise Nay**, médecin gériatre, Vice-Présidente coordination nationale des hôpitaux et maternités de proximité **Dr Patrick Pelloux**, médecin urgentiste, syndicaliste **Bruno Piriou**, Vice Président du Conseil général de l'Essonne **Michelle Plottu**, Présidente du Comité de Défense de l'Hôpital de Juvisy **Dr Christophe Prudhomme**, Praticien hospitalier au SAMU 93, Porte parole de l'Association des Médecins Urgentistes de France **Jocelyne Riou**, association d'usagers de défense de centre de santé Bagnolet, **Rose-May Rousseau**, responsable syndical AP-HP, **Gérard Salkosky**, Maire-adjoint, collectif pour la défense de l'Hôpital de Lagny **Dr Muriel Salmona**, psychiatre, Présidente de l'Association Mémoire Traumatique et Victimologie **Maya Surdut**, militante féministe, CADAC (Coordination des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception) et CNDF (Collectif national pour les droits des femmes) **Dr Nora Tennenbaum**, médecin, militante féministe, CADAC, **Bernard Teper**, Co-responsable du Secteur santé protection sociale de l'UFAL, **Dr Isabelle Titti-Dingong** Médecin pédiatre, **Marie-Pierre Toubhans**, cadre médico-sociale **Dr Alain Tyrode** Directeur de la santé de Gennevilliers.

Dans un Article paru dans la revue *Pratiques*⁽⁵⁰⁾, le Syndicat de la Médecine générale, appelait les médecins généralistes dès 2008, à ne pas se laisser ensorceler par « le chant des sirènes » de la Loi HPST, car sans nul doute, avec celle-ci, les difficultés d'accès aux soins de qualité allaient augmenter, mettant de plus en plus en cause l'assurance-maladie solidaire et un hôpital public accessible à tous.

Pour leur part les communistes, dès février 2008, s'agissant des Agences régionales de Santé, insistaient sur l'importance d'avoir à la fois une analyse et un positionnement national, mais une lecture régionale, car la Région, comme structure politique territoriale, pourrait avoir un rôle plus conséquent et plus destructeur, en matière de réaménagement du territoire sur les questions de santé ; ceci donnait à l'instance politique, que représente le Conseil régional, un rôle prépondérant dans la politique de santé régionale, au-delà de ses compétences institutionnelles sur l'accompagnement et la formation des futurs professionnels. Ceci d'autant plus que l'on ne peut aborder les questions de la santé et de l'offre de soins, sans les replacer dans la vie économique des régions, car la santé contribue autant à la croissance économique que par exemple les transports. Elle a une place singulière dans l'aménagement des territoires qui relève de la responsabilité de la collectivité territoriale.

Plus largement, il nous faut débattre de la question des ARS liée à la notion de démocratie sanitaire, de bassin de vie, de Réseau, de la place des usagers. Nous insistions dès février 2008, sur le fait d'être vigilant sur les conséquences de la mise en concurrence des établissements, sur les luttes, sur l'avenir des plus fragiles, sur l'offre. Les soins sont de plus en plus centrés sur le symptôme au lieu d'être centrés sur la personne. Ainsi la psychiatrie tout particulièrement doit être repositionnée en termes de droit d'accès à la santé.

Il faut mesurer à quel point l'inégalité d'accès aux soins est présente dans les zones urbaines comme en témoigne la situation des maternités, l'implantation des hôpitaux, la démographie médicale selon les zones urbaines et les territoires, la catégorie sociale de la population, les âges... L'offre de soins est inégalitaire en France, et dans ce contexte l'hôpital public reste pour toute une partie de la population la seule réponse pour y accéder.

Pour autant, ce sont toutes les structures de santé qui sont en difficulté, ceci d'autant que l'Hôpital, même s'il a un rôle pivot essentiel, ne peut en aucun cas seul ré-

pondre aux besoins, comme en ce qui concerne la permanence de soins, le maillage de proximité. Aborder l'Hôpital dans l'offre de soins, c'est aussi aborder la question préoccupante de l'offre de soins de ville, de l'organisation des centres de santé, la place des réseaux, celle des paramédicaux (infirmiers libéraux, kinésithérapeutes,...) avec notamment des conditions du maintien à domicile des personnes âgées.

A la notion de pôle d'excellence, il faut aussi pouvoir répondre aux missions traditionnelles de l'Hôpital, notamment ce qui concerne son rôle social, de l'accès aux soins de qualité pour tous, qui la différencie du privé.

La mise en place des ARS, qui nous était annoncée pour 2009, est de ce fait inquiétante.

Parmi, ces prérogatives, l'avenir de l'Hôpital est des plus préoccupants. En effet, le Président et sa nouvelle majorité, veulent aller plus vite et plus loin encore que ne l'ont fait les précédents. Ainsi malgré le dévouement et la compétence des médecins et des équipes paramédicales, le Chef de l'Etat affirmait, très tôt, que « l'hôpital était en déshérence et que les 35 heures lui ont porté le coup de grâce », et pour y remédier, M. Sarkozy a appelé à un « changement complet de gouvernance de l'hôpital, de fond en comble » en 2008. Selon lui, l'hôpital n'est en effet « plus gouverné, parce que dans l'hôpital aujourd'hui, chacun a suffisamment de pouvoir pour dire non, et personne n'a du pouvoir pour dire oui ». Ces déclarations étaient précédées par celles du Président de la Commission de la réforme de l'Hôpital, Gérard LARCHER qui, après avoir dans son rapport présenté un premier état des lieux, en arrivait à indiquer des pistes de réflexion sur la pertinence des recours à l'hôpital, sur les réseaux, sur les maisons de santé, sur l'organisation des structures hospitalières publiques au niveau des territoires et les coopérations public-privé. La Commission considérait, à ce sujet, qu'il sera nécessaire de revoir le « *concept de service public hospitalier* ». « *Il faut avoir conscience que la quasi-totalité des établissements de santé, quel que soit leur statut, participent d'un service à la population majoritairement financé par des fonds publics* », observait son président. On comprend dans ces conditions que la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) écrive à Roselyne Bachelot pour lui faire part de ses inquiétudes sur l'attribution des aides financières prévues dans le plan Hôpital 2012 pour des opérations d'investissement immobilier, et exiger que les ARH fassent bénéficier les établissements privés des aides publiques.

Si l'on en croit la mission IGAS-Conseillers généraux, les ARH ont été « trop en retrait », souffrant d'un poids insuffisant dans les négociations et n'ayant pas de

⁵⁰ Les cahiers de la médecine utopique n° 43,2008

dispositifs de sanction en cas de non-respect du contrat. En réalité, la mission pointée du doigt les résistances à la politique du pouvoir, avec des conseils d'administration qui «freinent» souvent les mesures d'économies, avec des personnels, notamment médicaux, qui feraient obstacle au fonctionnement du système.

Jacques Attali et sa Commission pour la libération de la croissance française, proposaient de faire évaluer par des organismes « indépendants » les principaux services publics. La Commission proposait également d'ouvrir le recrutement des directeurs d'hôpitaux publics à des cadres, entrepreneurs ou médecins des secteurs publics et privés : ce fut fait avec la Loi HPST de 2009. Pour elle, la formation de l'École nationale de santé publique (ENSP) devrait aussi être modifiée car elle est «*exagérément axée sur des problématiques juridiques et inadaptées aux exigences managériales de modernisation des structures hospitalières*». Enfin, afin d'accroître l'attractivité du secteur hospitalier français pour la clientèle étrangère fortunée, elle suggérerait de permettre aux établissements d'établir des devis forfaitaires pour l'accueil des patients étrangers et d'améliorer les prestations hospitalières.

La CGT a estimé que le rapport était «partiel et partial», s'inquiétant notamment du fait qu'il «*semble souhaiter la fin de la spécificité de la Sécurité sociale en proposant de fusionner budget de l'Etat et budget de la Sécurité sociale*». FO a estimé que le rapport constituait «*un véritable danger pour la croissance, la protection sociale collective et la pérennité du modèle républicain*», voyant le transfert de cotisations sociales vers la CSG et la TVA comme «*une nouvelle tentative d'étatisation de la sécurité sociale, sans assurer la pérennité de son financement*».

La commission préconisait de doubler progressivement «à budget public constant» le financement de la prévention en «s'appuyant sur des cofinancements» avec le secteur mutualiste, les assurances complémentaires et les industries pharmaceutiques.

Toutes ces déclarations ne pouvaient que nous renforcer en février 2008, à refuser le schéma de R. Bachelot et à élargir notre propos, car s'il y a la problématique de l'accès aux soins, il y a aussi celle de la prévention de qualité, dans une démarche solidaire, pour tous, avec la participation des usagers, au-delà de la seule écoute de leurs besoins.

La question du cancer avait été aussi évoquée lors de ce débat, en rappelant combien la personne est importante, et que son suivi nécessite de poursuivre et mieux organiser les soins à domicile. La T2A implique la diminution de la durée de séjour, ce qui n'est pas sans conséquence

sur le suivi. Avec la T2A, au-delà du financement c'est aussi le concept même de service public qui est remis en cause, celui-ci ne peut être assimilé à des missions d'intérêt général, cela pose notamment pour les Hôpitaux la question de l'enseignement et de la recherche.

Nous avons insisté sur la situation d'impasse dans laquelle se trouvent les services avec les Pôles, et des conséquences sur tous les métiers, comme les assistants sociaux, les paramédicaux, le plateau technique, les ouvriers, ... Les Pôles ne sont nullement des regroupements médicalisés mais des entités cliniques en concurrence les uns contre les autres au sein de l'Hôpital, et entre les Hôpitaux de l'AP-HP. Il y a un déni de démocratie et remise en cause du rôle des syndicats, des lieux de concertations, notamment en ce qui concerne la restitution des débats et des décisions.

L'hôpital a néanmoins besoin que l'on se pose la question de son fonctionnement, de sa qualité pas toujours égale, de ses besoins en logistique interne, et être capable de faire dans la concertation des propositions pour répondre à ces préoccupations.

Ainsi en est-il par exemple de l'attractivité du métier d'infirmière, et des réponses à donner sur des questions comme le logement, ... Si on n'est pas capable de régler ces questions, le privé avec la Générale de Santé y trouvera son compte, quand on sait qu'elle a réparti en 2008 plus de 400 millions d'euros de dividendes à ses actionnaires. Il a aussi été question de l'Ordre Infirmier qui vient de se mettre en place et qui vise à remettre en cause l'expression syndicale au sein de l'Hôpital, la responsabilité individuelle de l'agent. Parler des infirmiers, c'est aussi parler des formations, de la délégation des tâches, de leur nombre très insuffisant, de leur condition statutaire, car il y a une recrudescence de contractuels, des problèmes de santé au travail avec un personnel épuisé, avec un taux de fuite et d'absentéisme anormal, de formation initiale qui ne passe plus le message de l'attachement à la défense du service public pour un formatage à la T2A, ... comme en témoigne la question du bracelet identifiant du patient avec les codes barres pour la T2A, opposant ainsi dignité humaine et comptabilité, au nom de la traçabilité !

Pour toutes et tous, il était flagrant que la nouvelle loi, proposée par Roselyne Bachelot, la Loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire, dite Loi « HPST » ou « Bachelot », allait avoir des conséquences considérables sur notre système de santé. En matière de santé et d'assurance-maladie, elle sera une des Lois que Denis Kessler, l'ancien maoïste devenu vice-président du MEDEF, et assureur

avait indiqué dès 2007⁽⁵¹⁾, comme celle qui devait détricoter celles conçues par le programme du Conseil national de la Résistance, au lendemain de la Libération⁽⁵²⁾.

La Loi HPST, composée de quatre Titres, avait dès le départ, les objectifs suivants :

Le titre I : « modernisation des établissements de santé », inspiré par le rapport Larcher, il met en place une « équivalence » de plus en plus grande entre hôpital public et cliniques privées. Elle permettra la suppression de services publics jugés non rentables et conduira le patient en cliniques privées sans garantie de tarifs opposables. L'hôpital public devient un hôpital-entreprise : tous les pouvoirs sont donnés aux directeurs administratifs eux-mêmes sous tutelle des Agences Régionales de santé. Le statut de la fonction publique est remis en cause par l'introduction au sein de l'hôpital public d'une activité libérale et d'un nouveau statut contractuel pour les praticiens hospitaliers, avec rémunération variable à l'activité. Le personnel pourra être « intéressé » aux résultats...

Le titre II : « Accès de tous à des soins de qualité », il reste silencieux sur les modalités d'organisation et de rémunérations qui permettraient au généraliste d'assurer les fonctions dont on le crédite. La planification par régions des étudiants admis en 2^e année de médecine et des internes est totalement insuffisante pour solutionner les inégalités territoriales de santé. La « limitation » des refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU masque l'absence de mesures permettant un meilleur accès aux soins : tiers-payant généralisé, suppression des franchises et autres forfaits et des dépassements d'honoraires. La formation continue des médecins est mise sous tutelle du ministère. La formation « conventionnelle » perd son organisme de gestion spécifique et son budget dédié ce qui fait peser une menace sur son indépendance face aux firmes pharmaceutiques.

Le titre III : « Prévention et santé publique », il « règle » la question de la santé des jeunes en interdisant les « cigarettes bonbons » et la vente d'alcools pour les mineurs. Il met en place une « éducation thérapeutique », partie prenante du parcours de soins, qui soulève de

grosses inquiétudes : sera-t-elle imposée au patient sous peine de moins bonne prise en charge ? Quelle en serait alors l'efficacité ? Par qui seront formés les « éducateurs en santé » ? Qui seront les promoteurs des programmes d'éducation ? Il y a de forts risques que cette « éducation thérapeutique » ouvre aux firmes pharmaceutiques la porte des patients, ce que le législateur leur avait refusé jusqu'à présent.

Le titre IV : il met en place les Agences Régionales de Santé (ARS) qui regroupent toutes les missions d'organisation du système de santé, réduisant le peu de pouvoir qui reste encore aux caisses d'Assurance-maladie, et permettant au gouvernement d'imposer sa politique en matière de santé. Le texte stipule que l'ARS a pour mission de « définir et de mettre en œuvre la politique régionale de santé, dans le cadre de la politique de santé publique ». Les députés ont accepté à l'unanimité un amendement qui prévoit que l'ARS devra exercer ses missions au sein du champ médico-social. Ses compétences s'exercent « sans préjudice de celles des collectivités territoriales et des établissements et agences ». Les députés ont adopté un amendement qui ajoute aux ARS la mission de « contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé et au respect de l'objectif national de dépenses de santé » (Ondam). L'ARS sera chargée de « définir et de mettre en œuvre au niveau régional la politique de santé publique ». Un amendement adopté prévoit que ces actions doivent être menées en articulation avec la médecine scolaire et la médecine du travail. En matière de sécurité sanitaire, l'ARS doit « organis[er] la veille sanitaire, l'observation de la santé dans la région, ainsi que le recueil et le traitement de tous les signalements d'événements sanitaires ». Les députés ont adopté un amendement qui confie en plus aux ARS la mission de « favoriser la coordination entre les professionnels de santé, les établissements et les services médico-sociaux ». Il a été instauré le principe de « fongibilité asymétrique », rendant impossible le transfert de ressources affectées à la prévention et la promotion de la santé vers les activités de soins ou de prises en charge et d'accompagnements médico-sociaux.

La seconde mission principale de l'agence est de « réguler, d'orienter et d'organiser l'offre de services en santé afin de répondre aux besoins en soins et en services médico-sociaux et de garantir l'efficacité et l'efficience du système de santé ». L'article confie à l'ARS le soin de « veiller à la qualité et à la sécurité des actes médicaux, de la dispensation et de l'utilisation des produits de santé ainsi que des prises en charge et accompagnements médico-sociaux » et de « procéder à des contrôles à cette fin ». L'ARS devra aussi publier chaque année « un indicateur de qualité pour chaque établissement et service de santé de son ressort, en lien avec la Haute autorité

⁵¹ Challenges, 4 octobre 2007 : « les annonces successives des différentes réformes par le Gouvernement [de Sarkozy] peuvent donner une impression de patchwork, tant elles paraissent variées, d'importance inégale et de portées diverses : statut de la fonction publique, régimes spéciaux de retraite, refonte de la Sécurité Sociale, paritarisme, ... A y regarder de plus près, on constate qu'il y a une profonde unité à ce programme ambitieux. La liste des réformes ? C'est simple, prenez tout ce qui a été mis en place entre 1944 et 1952, sans exception. Elle est là. Il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945 et de défaire méthodiquement le programme du Conseil National de la Résistance. »

⁵² Les Jours Heureux, Citoyens résistants d'Hier et d'aujourd'hui, La Découverte/poche, 2011

de santé (HAS)». Elle doit aussi veiller «à ce que soient respectées les dispositions réglementaires et conventionnelles relatives à l'exercice des professions de santé» et à ce que la répartition territoriale de l'offre de soins permette de «satisfaire les besoins de santé de la population» (sans aucun moyen de coercition).

Dans le même temps le gouvernement négocie avec les syndicats médicaux un secteur dit « optionnel » à dépassement d'honoraires, parle de retour à l'équilibre de l'Assurance-maladie pour 2012, prévoit de baisser les remboursements effectués par l'Assurance-maladie en renvoyant les patients vers les complémentaires.

Un projet qui ne répondait ni aux attentes des praticiens libéraux, ni au malaise des hôpitaux publics. Tirillés entre des injonctions contradictoires, sommés de rétablir l'équilibre de leurs comptes, tout en continuant d'assurer leurs missions de service public, les hôpitaux fonctionnent à flux tendu et n'ont plus aucune réserve de sécurité pour faire face aux épidémies ou aux aléas. Pourtant, depuis la canicule de 2003, les mises en garde se sont multipliées, comme les multiples grèves des urgentistes.

Selon le Président de la République, tous les maux de l'hôpital viendraient d'un manque d'organisation, qui se résoudrait facilement en désignant un caporal à la tête de chaque établissement, marionnette du directeur général de l'ARS, qui exigera réductions d'effectifs, fermetures de lits et de services, voire fermetures d'établissement, autant de restrictions que les personnels, les élus et la population ne peuvent accepter, compte tenu de l'état des besoins et de leurs missions.

Nous avons donc très tôt alerté sur les conséquences de ce texte. Nous disions, avec d'autres, qu'il allait détruire l'implication de tous, celle du personnel soignant et non-soignant et celle des élus, puisque ni les uns ni les autres ne seront plus associés à la prise de décision. **C'est donc, un véritable déni de démocratie sanitaire et sociale que nous avons mis en évidence dans la Loi Bachelot qui priverait le maire de la commune, (dans l'intérêt de la santé des habitants) siège de l'établissement, de présider de droit le conseil d'administration, celui-ci devenant commission de surveillance dirigée par un chef d'entreprise.**

Le déficit des hôpitaux publics est évalué à près de 1 milliard d'euros pour 2008. Tout le monde sait que les dépenses de personnel, qui représentent près de 70 % de leur budget, constituent la variable d'ajustement pour équilibrer les comptes. Pour résorber le déficit actuel de nos hôpitaux publics, il faudrait supprimer 20 000

postes...et dans le même temps ce sont plus de 360 milliards d'euros qui ont su être trouvés pour sauver le système bancaire de sa propre faillite.

Hôpital public accablé, cliniques privées florissantes

En vérité, la véritable rupture qui nous est proposée est celle d'un système solidaire, où le maillage hospitalier public est la véritable colonne vertébrale du système de soins dans notre pays. Le Gouvernement a décidé de livrer la santé au marché, comme il l'a déjà fait pour tant d'autres secteurs d'activité. C'est l'objet de la mise en place de la tarification à l'activité et de la fameuse convergence tarifaire, qui visent à ne plus faire de différence entre le public et le privé. Comment peut-on mettre sur un même pied d'égalité les cliniques privées, qui ne pratiquent quasiment que des actes chirurgicaux programmés, choisissent leurs activités, les pathologies rentables et les patients solvables et les hôpitaux publics, obligés d'accueillir jour et nuit, 365 jours par an, toutes les pathologies, notamment les plus graves, et tous les patients sans exception, particulièrement les plus complexes, dont les cliniques ne veulent pas car ce sont les plus coûteux ? Pendant ce temps, les cliniques privées se portent bien. Merci pour elles ! Allégées des contraintes de service public, elles peuvent sélectionner les spécialités qu'elles exercent et les malades qu'elles accueillent, en multipliant les dépassements d'honoraires. Elles fleurissent comme jamais sur l'ensemble du territoire, du moins là où il y a des patients, pas dans les déserts.

Selon l'IGAS, en 2005, les praticiens exerçant en clinique ont facturé 470 millions d'euros de dépassements d'honoraires, dont 66 % ne sont pas remboursés par les assurances complémentaires. Ce qui permet à la Générale de Santé de distribuer de confortables dividendes : 420 millions d'euros ont été distribués à ses actionnaires au mois de décembre de 2007, plus de 800 en 2009 ! Cela permet également aux cliniques privées de proposer aux praticiens des rémunérations deux à trois fois supérieures à ce qu'offre le secteur public. Elles pourront, par ailleurs, choisir d'accueillir des internes, ce qui ne va pas manquer d'accentuer la fuite des praticiens du secteur public vers le secteur privé.

Haro sur l'APHP

Ce texte est décidément aux antipodes de ce qu'il faudrait mettre en place pour moderniser et rendre plus efficace notre système de santé. Mais tout cela ne suffit pas à la droite, elle a décidé, en pleine nuit au cours du débat sur la loi Bachelot, par un amendement d'un député de la majorité, de banaliser l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, encore sous responsabilité directe du ministère, en la mettant sous les ordres du Directeur général de l'ARS d'Ile de France, l'ancien ministre socialiste, Claude

EVIN, ce qui entraînera une grave remise en cause de ce qui un des plus beaux fleurons de la médecine française.

L'Assistance Publique / Hôpitaux de Paris, forte de ses 39 établissements, de ses 100 000 personnels médicaux et non médicaux, est à la pointe de la recherche, de la formation des médecins et des personnels soignants, de la prise en charge quotidienne de dizaines de milliers de patients franciliens mais aussi venant de toute la France et de l'étranger. Elle bénéficie d'une reconnaissance par l'ensemble de la communauté hospitalière à l'échelle internationale qui nous envie la « masse critique », tout particulièrement en matière de recherche représentée par cette institution publique. Ce qui lui donne cette force c'est son unicité, sa capacité à évoluer, le niveau de qualification de l'ensemble de ses personnels garanti par leur statut. En voulant banaliser l'Assistance Publique/Hôpitaux de Paris, la droite parlementaire veut offrir au secteur privé la tête du chef de file de l'hospitalisation publique. Parallèlement, elle vise aussi un bastion de résistance aux réformes mettant en cause l'égalité d'accès aux soins pour tous. Toutes les grandes luttes des personnels soignants sont parties de l'AP/HP. Aujourd'hui encore, les 39 présidents de comités consultatifs médicaux des hôpitaux de l'AP/HP viennent de faire savoir unanimement leur ras-le-bol des n-èmes réformes, en demandant à pouvoir tout simplement exercer leur métier : soigner les populations. L'ensemble des organisations syndicales ont marqué ces dernières semaines leur opposition au démantèlement de leur établissement public de santé.

Parmi les protestations dès l'annonce de l'avant-projet, notons celles de la **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne privés non lucratifs (FEHAP)**, qui dans une Tribune de son Président, du 12 septembre 2008, dénonçait le manque de concertation, et le contenu de ce projet difficilement compréhensible, tout particulièrement dans sa partie relative à la « modernisation des établissements de santé ». Dans cette tribune, la FEHAP, déclarait ; « *A la responsabilisation des acteurs et des dirigeants, clef de la nécessaire évolution de l'hôpital public, répond une étatisation croissante du fonctionnement du système de santé. L'intérêt d'une logique de groupe pour l'hôpital public se traduit par la création d'entités juridiques hybrides, visiblement inspirées des plus grands ensembles hospitaliers publics dont les capacités de réactivité, de dépassement des lourdeurs bureaucratiques et d'atteinte de l'équilibre budgétaire ne sont pas les caractéristiques les plus évidentes. La réforme du statut de l'hôpital emprunte au vocabulaire de la gouvernance d'entreprise, mais en ignore les principes de base : le directeur n'est pas nommé par le conseil de surveillance mais devient le représentant de l'Etat dans l'établissement, le vice-président du directoire ne rend pas compte au directeur mais aux praticiens dont il est l'élu ...* »

C'est ainsi que dès la fin 2008, nous appelions à la mobilisation pour le retrait de la Loi Bachelot, qui devait être début 2009 à l'ordre du jour de l'Assemblée nationale et pour défendre l'Hôpital public dans un système de santé solidaire. En effet, sans attendre son débat et un éventuel vote, la direction de l'AP-HP avait décidé de mettre en application ses orientations, c'est-à-dire un plan de plus de déstructuration de l'Hôpital public au bénéfice du privé. Un plan qui s'inscrivait pleinement dans ce projet de loi qui allait faire passer l'AP-HP de 1 035 hôpitaux publics à 300 « communautés hospitalières de territoires », qui par la quasi généralisation de la Tarification à l'activité (T2A), à la demande du Chef de l'Etat, calque le fonctionnement de l'Hôpital public sur celui de l'entreprise privée, favorisant la privatisation des activités qui seraient rentables au détriment du service public, avec des conséquences lourdes pour les personnels et leurs conditions de travail, sur la démocratie syndicale au sein des structures, car elle réduirait d'autant la représentation syndicale et les temps syndicaux de représentations des personnels.

Notre appel à mobilisation est contre un projet qui oublie par ailleurs la médecine scolaire, la médecine du travail, la prévention, qui avec les Agences Régionales de Santé (ARS) va amplifier les coupes sombres budgétaires en santé publique, portant atteinte au fonctionnement des associations, des réseaux et remettre en cause les actions menées par les collectivités locales sur ces questions, voir faire disparaître le dispositif Atelier Santé Ville.

De fait l'année 2009 a été marquée par une formidable mobilisation dans toutes les régions, contre la Loi HPST en lien avec les enjeux de la campagne des européennes. On notera les manifestations du 29 janvier, 12 février, 5 mars et le 19 mars, et plus spécifiquement celle du 28 avril et 14 mai. Sur les tracts et les banderoles, on pouvait lire « Loi Bachelot = Usine à soins! Hôpital à fric! », « La loi Bachelot tue l'hosto, exigeons son retrait », « Le but réel de la loi Bachelot, c'est démanteler le service public », « Mon hôpital, il est vital pour votre santé », « Soigner en sécurité, c'est embaucher à l'hôpital », « Non à la Sarko psy », « Soignants en colère » et « Non aux bébés à la chaîne. Des budgets pour la santé des femmes et des bébés ». Avec cette Loi, disions-nous, c'est la confusion organisée public-privé, la notion même de service public est évacuée avec la possibilité de confier des missions de santé publique à des structures lucratives. L'enjeu est de gommer toute référence au service public, en organisant la marche vers la disparition même du statut public de l'hôpital comme des personnels.

Dans la continuité des plans Juppé, de la loi Douste-Blazy, des plans hôpitaux 2007, la loi Bachelot condamne

le droit d'accès aux soins pour tous, détruit le maillage sanitaire des territoires, livre l'hôpital public au secteur privé à but lucratif, dénie la représentativité démocratique au sein des instances de tutelles.

La loi Bachelot, c'est : la mise en place des Communautés hospitalières de territoire. Cette opération aboutira à la fermeture de services, à l'arrêt d'activités, à la transformation d'hôpitaux généraux en établissements long séjour. Ce, au profit d'une concentration des activités dans des hôpitaux dits « d'excellences » sans qu'il leur soit donné les moyens humains, matériels et financiers correspondants.

La loi Bachelot, c'est : l'instauration des Groupements de coopération sanitaire. Cette mesure vise à amplifier le regroupement entre hôpitaux publics et cliniques privées à but lucratif pour aboutir à transférer aux cliniques privées les activités rentables laissant aux hôpitaux publics les spécialités coûteuses, les urgences, les patients insolubles... Et conduire à la concurrence entre praticiens hospitaliers privant ainsi l'hôpital public de personnel nécessaire à sa mission. En vérité c'est l'instauration de l'hôpital-entreprise, géré selon des critères de rentabilité financière, propres aux établissements privés. C'est le rationnement de soins pour les populations les plus fragilisées socialement et financièrement et des restrictions de personnels et de professionnels de santé nécessaires à l'égalité de traitement sanitaire, humain et social.

La loi Bachelot, c'est : le renforcement de la place du secteur privé avec l'attribution de missions de service public. Les cliniques pourraient alors bénéficier de financements publics, à condition de respecter un cahier des charges laissé à la discrétion des directions de l'ARS !

La LOI BACHELOT, non seulement ne répondra pas aux besoins des personnes et des territoires, mais elle va aggraver la situation d'inégalités territoriales comme d'accès à la santé. Le 30 juin 2010, l'USAP CGT lors du premier conseil de surveillance de l'AP-HP, s'insurgeait contre cette loi, qui s'attaquait « *particulièrement brutalement à l'unicité et à la spécificité du plus grand CHU d'Europe que représente l'AP-HP, en organisant son démantèlement en 12 groupes hospitaliers, des fermetures d'établissements, d'hôpitaux, sur des objectifs uniquement comptable...* ». Par ailleurs, le syndicat s'indignait devant la destruction que cela impliquait « *des collectifs de travail, des contenus professionnels* »,... « *aggravant considérablement les conditions de travail pour toutes les catégories d'agents à l'AP-HP, organisant la fuite des personnels, leur mobilité ou leur départ avec le FMESSP (ou prime au départ « volontaire »), le non-remplacement d'un fonctionnaire sur 2, la suppression de milliers d'emplois (rappel suppressions*

de 4 000 emplois pour 2012) ». Enfin, il affirmait que « ... *Les indicateurs sociaux révèlent la montée des risques psychosociaux, des dépressions, des AT et pathologies de stress* », et déplorait à cette date depuis 2009, « *12 suicides d'agents auxquels viennent s'ajouter récemment de façon consécutive, 2 suicides à Tenon, 2 autres à Necker, et une tragédie meurtrière à Broca. Les représentants élus du peuple, syndicaux et des usagers sont réduits avec un rôle limité. Le lien de démocratie et de décision que représentait le conseil d'administration est ramené à un dialogue social « croupion »* ».

Pour autant durant l'été, cette loi entra en vigueur, face à une contestation sans précédent de la communauté médicale et soignante qui a vu des grands patrons hospitaliers battre le pavé parisien, la Loi HPST a connu certes quelques modifications, venant de droite comme de gauche, mais aucune modification de fonds demandée par les professionnels de la santé et du médico-social. « *Nous ne demandons pas de concessions, mais la réforme dont l'hôpital public a besoin* », a scandé André Grimaldi, porte-parole du MDHP. C'est cette exigence que les sénateurs du groupe Communiste, Républicain, Citoyen/Parti de Gauche ont résolument et opiniâtrement défendu au sénat par leurs amendements, ce que les sénateurs PS et Verts n'ont pas jugé bon de faire. Plus grave l'attitude du PS et des Verts, face à l'APHP, soutenant de fait la banalisation de l'AP-HP, sa mise sous tutelle des ARS ou encore autorisant le directeur de l'Ars à nommer, in fine, le Président de la CME. C'est un alignement sur leur ami Claude EVIN de la FHF ou J.C.DAVANT de la Mutualité Française. Il faut dire que Mme Bachelot a rappelé que pour le Gouvernement, l'ARS est aussi un organisme de protection sociale et a vocation à gérer le risque !!!!! C'est la confirmation de la remise en cause de la Sécurité Sociale, une exigence de ceux qui de la Droite aux Verts européens, du PS à Cohn-Bendit, défendent le Traité de Lisbonne qui vise à la privatisation et marchandisation des services publics de santé et de protection sociale. C'est pourquoi, rappelait Marie-George Buffet dans sa réponse à un courrier à la mutualité française, les parlementaires communistes ont combattu avec acharnement cette loi, amendement par amendement, afin de soustraire la santé comme l'assurance-maladie d'une marchandisation qui vise à terme la Mutualité.

Il n'a pas fallu attendre longtemps, pour que la Loi HPST ait des incidences sur l'Assurance-maladie, car dès le lendemain de sa promulgation, le gouvernement lui a demandé de supprimer 3950 postes d'ici à 2013. En quatre ans, ce sont donc près de 5% des emplois de la Caisse Nationale d'Assurance-maladie (CNAM), évalués au total à 75 200 fin 2009, qui devraient disparaître, dans le cadre d'une nouvelle convention d'objectifs et de moyens. La RGPP s'applique ainsi au secteur de la so-

lidarité nationale. L'application stricte de ce « dogme » entraîne la suppression d'au moins 4 200 postes, érodant toujours un peu plus les effectifs de la CNAM. Sur la période 2005-2009, le nombre de salariés a déjà baissé de 8 %, soit 6 100 suppressions de postes. Depuis 2003, ce sont 10 000 emplois qui ont disparu. Parallèlement à cette baisse des effectifs, le nombre d'assurés a, quant à lui, augmenté de 14 % en douze ans.

Autant de bonnes raisons pour qu'en juillet 2009, les communistes d'Ile de France décident d'organiser une demi-journée de travail dont le thème était : « **Face à l'ARS, aux côtés des personnels et usagers en lutte, quel projet alternatif en IDF** ». A cette occasion, nous rappelions que si les questions de santé n'entraient pas, stricto sensu, dans le champ des compétences de « l'institution politique Conseil Régional » même si l'avis du conseil est requis dans le cadre des Schémas Régionaux Sanitaires et Sociaux, pour autant le territoire Région, c'est d'abord une population, qui dans sa diversité subit toutes les conséquences des réformes régressives telles que la loi HPST, la RGPP et bientôt la réforme des collectivités territoriales qui interfèrent sur la situation de santé de la population. Par ailleurs, les élus du Conseil Régional siègent dans les Conseils de surveillance des Hôpitaux à caractère régional. De même il y a tout ce qui touche à l'enseignement secondaire (notamment lycée professionnel et supérieur ainsi que la Recherche). Il y a aussi ce qui touche à l'industrie de la santé et notamment le médicament. La santé n'est pas qu'un coût mais aussi une économie qui est productive. C'est à cette occasion qu'est venue l'idée de proposer, dans le cadre de la campagne des régionales qui s'ouvrait **la tenue d'Assises régionales de la santé et de l'assurance-maladie, une fois les Conseils Régionaux élus**.

Les enjeux vont croiser en permanence les réponses aux besoins de santé (égalité d'accès, proximité, qualité, sécurité et continuité des soins, définition des politiques de santé publique...) ; la mise en œuvre des pratiques démocratiques, les questions de financement et d'organisation ; mais aussi les questions économiques d'emploi, de formation, d'aménagement du territoire, d'écologie, de transports, ... toutes questions qui relèvent des compétences du Conseil Régional. Nous rappelions, qu'en 2004, le Code Général des Collectivités Territoriales (CGCT) a précisé que dans le cadre des compétences qui lui sont reconnues par l'article L.4221-1, le Conseil Régional « peut définir des objectifs particuliers en matière de santé. Il élabore et met en œuvre les actions régionales correspondantes et les moyens qu'il y consacre... Cette possibilité peut être activée à bon escient dans le cadre présent de déstructuration du tissu sanitaire et social des régions. Elle représente un levier pour mener

des batailles concrètes avec la population et les salariés concernés, la promotion de projet alternatifs, des rassemblements pour agir... Les subventions d'équipement, d'investissement sont par ailleurs autant de moyens pour défendre, promouvoir des actions de santé publique, tels que les équipements attachés aux actions de dépistage, de promotion de la santé, les Centres de Santé, les centres de planification d'IVG, ...

Sur le terrain de l'emploi et de l'évolution démographique des professions médicales soignantes et technico-administratives, le Conseil Régional peut être un atout pour celles-ci à travers ses compétences en matière de formation professionnelle et d'apprentissage...

Quatre réalités peuvent faire comprendre cette exigence politique accrue :

1. La dégradation accélérée des conditions de prise en charge de la santé : chômage, précarité, bas salaires se conjuguent avec l'augmentation des dépenses à la charge des assurés sociaux et le recul de l'accessibilité/proximité.

2. L'objectif affiché de la loi HPST d'accélérer la déstructuration du secteur public hospitalier : En effet, l'article 11 institue le projet des « communautés hospitalières de territoire ». Les rapprochements, les fusions, les fermetures déjà engagées et/ou envisagées (de l'ordre de plusieurs centaines d'établissements !) dans toutes les régions, vont être accélérés, légitimés au nom de l'efficacité, de la continuité des soins et des prises en charge !

3. La mise en place des ARS (1^{er} avril 2010) : ces lieux de concentration du pouvoir sous le contrôle du préfet de région seront les acteurs de la restructuration accélérée du paysage de la santé, du médicosocial et demain du social sur la région... La loi HPST du 21 juillet 2009 a transformé les ARH en ARS ; derrière ces trois lettres nous retrouvons la mise en œuvre de la RGPP avec la disparition des DASS, des DRASS, et les URCAM...

4. Du bon usage de la démocratie sanitaire et médico-sociale : Si même la loi HPST consacre une bureaucratie étatique toute puissante dans le nouveau dispositif, elle réaffirme la place des représentants des usagers dans les conseils de surveillance des établissements, jusqu'à la Conférence régionale, en passant par les Conférences territoriales. Les élus régionaux ont là des possibilités à saisir pour l'information, la concertation, les projets alternatifs et les actions nécessaires à leur réalisation... Prendre appui sur les usagers et/ ou leurs représentants devrait constituer un relais important pour que les élus régionaux prennent part aux concertations qui se mettront en place pour élaborer les politiques de santé au niveau régional. Avec discernement leur présence (microscopique au re-

gard de tous les participants !), leurs expressions (dans un rôle qui reste consultatif) devrait trouver les appuis, les relais, les caisses de résonances efficaces aux actions politiques à engager.

Nous pensons donc qu'une activité continue doit se structurer au niveau régional pour traiter les questions de santé et de protection sociale sur le territoire régional.

Il ne s'agit pas d'un simple observatoire, mais d'un outil politique capable d'aider à mettre en perspective, d'analyser et d'être force de propositions et de luttes. Cette idée d'Assises régionales de la Santé, comme alternative et contre pouvoir aux ARS, donnant un rôle politique majeur aux régions, d'une manière pérenne, a été reprise rapidement dans le cadre de la campagne nationale du Front de Gauche pour les Régionales 2010. Nous déclarions que la région pouvait être un outil légitime de démocratie face à la toute puissance des ARS.

Pour autant, tel ne sera pas l'avis du PS et d'Europe Ecologie Les verts, qui lors des négociations entre les deux tours faisaient disparaître cette proposition du programme des nouvelles majorités de gauche dans les différentes assemblées régionales qu'elles obtiennent au lendemain du second tour. C'est pourquoi, la commission santé du PCF a souhaité reprendre cette démarche, dont elle a été dès le départ à l'initiative, afin de donner une suite aux espoirs semés dans la campagne des régionales, pour en découdre avec les ARS, en se saisissant de l'instance régionale, en s'appuyant sur nos groupes Front de gauche, partout où cela sera possible. Pour cela nous proposons de nous appuyer sur les professionnels de la santé, leurs organisations syndicales, qui nous ont montré leur détermination lors de la bataille contre la loi HPST. Mais il y a aussi les usagers et les élus locaux qui, au sein des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximités, mais aussi des centres de santé, développent une grande combativité et de profondes attentes.

C'est ainsi qu'en Ile de France, il fut lancé un Appel pour des Assises régionales de la santé: un appel signé par une cinquantaine de personnalités représentatives au plan régional tant par dans leur diversité sociale, professionnelle, géographique, militantes, ... Ces assises devraient pouvoir être accompagnées, régulièrement durant le mandat, par des rencontres régionales de la santé, afin d'instituer une véritable démocratie participative avec tous les acteurs de la santé de la région IDF en liens avec les élus locaux. Notre engagement se fera sans attendre la décision de la région, en organisant autant que possible, département par département, des Assises locales pour

travailler avec les gens à concrétiser un projet santé en préparation des prochaines cantonales.

50 personnalités ont donc début septembre 2010 lancé **l'Appel des 50 en IDF :**

« Avec la loi Hôpital, Patient, Santé, Territoire, la mise en place des Agences Régionales de la Santé, nous entrons dans une nouvelle ère de la restructuration politique, au plan des régions, des questions de la Santé et de la Protection sociale. Ce n'est pas une régionalisation mais une hyper concentration au niveau du Préfet de région et du Directeur Général des ARS de pouvoirs considérables, sous contrôle des Ministères de la santé et de l'Intérieur... »

... Nous demandons donc la convocation d'Assises Régionales de la santé par le Conseil régional d'Ile de France afin de proposer une alternative à cette casse de la santé et définir ensemble et démocratiquement une politique par territoire, assise sur une protection sociale basée sur le principe « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ».

Le groupe Front de gauche, Parti communiste français, Gauche unitaire et Alternative citoyenne, déposa ainsi un vœu le 20 septembre, la demande de l'Appel des 50, et le Conseil régional l'adopta, le 1^{er} octobre. Ce vœu était ainsi libellé :

« Les conditions de prise en charge de la santé ne cessent de se dégrader, l'offre de soin est en recul sur notre territoire, l'accès à la santé est de plus en plus difficile pour les populations. Le gouvernement multiplie les suppressions de postes dans le cadre d'une restructuration globale de l'hôpital public, de nombreux services hospitalier, de nombreux centres de santé et centres d'Interruption Volontaire de Grossesse, etc. ferment sur notre territoire. Les médecines préventives, et en dernière date, la médecine du travail, sont décapitées. Un système de santé à plusieurs vitesses s'est installé, permettant aux plus aisés de se soigner dans le secteur privé et obligeant les populations les plus défavorisées et les classes moyennes à renoncer aux soins.

Un pas supplémentaire vers la privatisation de la santé a été franchi avec la mise en place des Agences régionales de santé dans le cadre de la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé, Territoires), qui met à mal les missions de l'hôpital public et organise l'hyper-concentration des pouvoirs au sein des Agences régionales de santé. C'est un véritable déni de démocratie sanitaire où la place des élu-e-s locaux, des représentants des personnels médicaux et des salarié-e-s est ainsi confisquée.

De plus, le plan stratégique de l'AP-HP (Assistance publique des Hôpitaux de Paris) pour 2010/2014 va poursuivre un plan d'économie qui prévoit la suppression de 4 000 postes d'ici 2012, entraînant une dégradation des

conditions de travail des personnels et des conditions d'accueil et de traitement des patients. Il s'agit d'un véritable démantèlement du service public de la santé au profit d'une logique de rentabilité financière de l'offre de soin.

Par ailleurs l'Agence régionale de santé d'Île-de-France a présenté fin juin 2010 un schéma régional de réorganisation de la permanence des soins. Si ce projet est mis en œuvre, il n'y aurait plus qu'un seul site de bloc opératoire en garde H24 par département, entraînant de véritables déserts sanitaires sur de très larges pourtours territoriaux. Une suite est d'ores et déjà annoncée, qui porterait sur les activités de médecine, les laboratoires... Une telle fermeture des blocs opératoires les nuits, samedi après-midi et dimanche ne peut qu'entraîner une fragilité très importante de ces établissements et une dégradation des conditions d'accueil des usagers comme les conditions d'exercice professionnel dans les établissements « Têtes de pont ». Cela va accentuer le recours de fait à la médecine de ville déjà déficitaire en terme de réponse.

De nouvelles logiques sont nécessaires : un débat démocratique doit avoir lieu sur ces questions, pour que les populations s'en approprient les enjeux. C'est le sens de l'appel lancé par cinquante personnalités d'Île-de-France pour des Assises régionales de la santé. Si le Conseil régional n'a pas vocation à se substituer à l'Etat en termes de politiques de santé publique, il a une responsabilité vis-à-vis de la population francilienne.

Nous proposons que la Région soit à l'initiative d'une démarche de dialogue inédite avec l'ensemble des acteurs concernés – professionnels, patients, élus locaux, collectivités... -, avec pour objectifs d'établir ensemble un état des lieux et d'élaborer des réponses alternatives qui correspondent aux besoins réels des populations. Une telle initiative permettra de donner du poids aux mobilisations sociales et d'enrichir les politiques de santé menées par la Région.

Vœu : *Le Conseil régional organisera en 2011 des Assises régionales de la santé permettant à tous les acteurs, professionnels de santé – médecine, paramédicale -, patients, élus locaux, collectivités... d'établir un état des lieux de la situation de la santé en Île-de-France, de confronter les expériences, d'établir les attentes, et d'élaborer des propositions alternatives pour une politique de santé juste, efficace, luttant contre toutes les inégalités d'accès au soin et répondant aux besoins des populations et des professionnels. »*

Malheureusement, il faudra attendre plus de six mois, pour que se réunisse, comme l'Appel des 50 le souhaitait, le premier comité de pilotage préparatoire de ces assises. Cette réunion du 18 mars 2011, a permis de prendre acte de la volonté de l'Exécutif régional, du Bureau de la commission Santé de faire de ces Assises, un outil de la

démocratie sanitaire en Ile de France, alors que se prépare le Plan Stratégique régional de la santé par l'ARS. Les signataires de l'APPEL ont, pour leur part, confirmé leur souhait que cette nouvelle forme d'engagement de la région, dans un champ qui ne relève pas de sa compétence directe, soit marquée **par une volonté de pérennisation dans le temps.**

Nous nous sommes mis tous d'accord pour dire que ces Assises, dans la continuité du Rassemblement du 2 avril, ne peuvent se suffire dans l'expression d'un constat, même s'il est important de donner à toutes les luttes en cours en Ile de France, un véritable tremplin. Il nous faut construire, à l'image du travail entrepris par notre APPEL, dans certains départements, un projet correspondant aux besoins des différents territoires de santé, les départements, dans une cohérence régionale.

Pour ce qui concerne, les conférences citoyennes départementales (dénomination donnée par l'Exécutif régional aux Assises dans les départements), le souci premier exprimé par l'APPEL des 50 c'est notre capacité à rassembler le plus largement tous les acteurs de la santé et du médico-social, usagers, professionnels et élu(e)s, en tant que citoyens mais aussi au travers des organisations qui sont les leurs, associations, syndicats, institutions, coordinations ou collectifs de lutte. Dans tous les départements, il faut inviter les syndicats, les coordinations ou collectifs, les élu(e)s, à organiser, dans les limites du temps les séparant des Conférences citoyennes départementales, **des Assises locales.** L'objectif, on l'aura compris, c'est de permettre au plus grand nombre de participer.

Pour le reste, et dans le déroulé qui fut retenu, tant dans le fond que sur la forme, il ne correspondait à quasiment rien à la discussion que l'Appel des 50 a eu dans le cadre du comité pilotage. Certes nous avons bien entendu, lors de ces discussions, que l'exécutif régional ne voulait pas entendre parler d'instance pérenne de démocratie sanitaire, comme nous le souhaitions, ni non plus d'outil de contre-pouvoir aux ARS. Probablement que l'exécutif régional ne voulait pas se heurter au toujours socialiste Claude Evin, ancien ministre, désormais proche de Sarkozy, ni prendre une orientation qui l'amènerait à se positionner contre la Loi HPST au lendemain des Présidentielles si le PS devait revenir au Pouvoir.

Mais nous pensons que nos propositions se situaient au-delà de ces divergences, pour que ces assises soient bien un lieu de débat qui permette aux usagers-professionnels et élu-es de prendre la parole de la commune à la région en passant par le département pour faire part de leur réalité et vécu, leur permettant ainsi d'exprimer leurs besoins qui seraient relayés par les différentes ins-

tances électives, les syndicats et organisations. Ces propositions, lors de ces Assises, pourraient ainsi former une force d'opposition coordonnée à l'ARS IDF et pour le moins un programme pour la lutte et l'action commune, à l'image du rassemblement que nous avons connu le 2 avril dernier à la Bastille.

En conclusion

Pour l'Appel des 50, comme ailleurs en France, il nous faut poursuivre ce projet d'Assises et considérer ces résultats comme une étape en essayant d'aider à mieux les faire reconnaître autour de nous. Une étape donc, qui doit nous amener à préparer un nouveau temps à l'automne, en recherchant à apporter des réponses globales avec une vision régionale.

Pour plusieurs intervenants, dans ces premières initiatives, il n'y a pas seulement la manière de faire qui n'est pas bonne, mais aussi la finalité qui est en défaut. Si la tentation pour certains est de sortir du jeu, tout laisse à penser que ce qui doit être notre préoccupation est de tout faire pour que le tir soit rectifié, si cela est possible, et on veut encore le croire. Il nous faut travailler à donner des perspectives politiques crédibles et non s'enfoncer dans de l'institutionnel, en étant au plus près des luttes en cours et du mécontentement comme des besoins des populations, dans la proximité avec une vision régionale.

Nous devons nous rapprocher très formellement des autres mouvements de lutte, comme la Coordination des hôpitaux et des maternités, le collectif des franchises, plus généralement ceux du mouvement du 2 avril dont nous sommes parties prenantes, en n'oubliant pas notre spécificité, celle d'un Appel sur une base régionale pour construire un contre-pouvoir pérenne à la Loi HPST et à l'ARS. Cela se rattache aussi la mobilisation prévue à la rentrée septembre sur les services publics.

En résumé, nous avons le sentiment d'avoir franchi une étape avec ces premières initiatives, mais il y en a bien d'autres à construire pour changer les institutions et les politiques. Il nous faut poursuivre et élargir la démarche des cahiers citoyens de la santé, localement et départementalement, pour identifier et faire valoir des contre-propositions et de réelles alternatives à la politique actuelle. Il faut aider les régions à changer leur forme de pratique. Il nous faut aider à plus de cohérence au plan régional, œuvrer à des convergences et rester sur l'idée d'Assises « par le bas », en travaillant avec toutes et tous dans la proximité.

Continuer le débat sur la dépendance

Dans notre publication d'avril nous avons fait un dossier spécial sur la dépendance. Depuis lors le débat a continué à évoluer. Le 18 mai 2011 les Cahiers ont participé à une séance de travail sur les questions de la dépendance. Cette réunion réunissait Solidaires, ATTAC, la Fondation Copernic, le Parti de Gauche, l'Union des Familles Laïque, le NPA, la CFDT et le PCF. La CGT était excusée. Nous avons proposé à chaque organisation de publier l'essentiel de leurs propositions portant particulièrement sur la question du financement et la question de la mise en œuvre des réponses aux besoins. Nous donnons ici les contributions qui nous sont parvenues et ensuite un article analysant les positions du Conseil économique, social et environnemental (CESE).

Contribution d'Attac & Copernic (Christiane Marty)

Financement, réponse aux besoins des personnes

La prise en charge de la perte d'autonomie doit relever de la Sécurité sociale. Dire cela ne signifie pas pour autant idéaliser son mode actuel de fonctionnement, qui doit évoluer et devenir plus égalitaire et démocratique. Le système mis en place doit être obligatoire, universel et solidaire. L'objectif est de reconnaître le droit universel de toute personne à voir sa perte d'autonomie prise en charge à 100 % par la solidarité nationale.

Deux solutions sont possibles, reposant sur une meilleure répartition des richesses. La première est d'assurer le financement lors de la formation des revenus primaires, c'est-à-dire lors du partage de la valeur ajoutée. Il s'agit alors d'augmenter les cotisations sociales et de faire cotiser les dividendes, les stock-options, l'intéressement,... La seconde solution serait de financer au niveau de la redistribution des revenus. Une CSG rénovée pourrait en être l'outil avec l'instauration d'un taux progressif pour taxer plus fortement les hauts revenus, et plus fortement les revenus du patrimoine par rapport aux revenus salariaux.

Nous proposons la création d'un service public de l'autonomie articulant les diverses structures existantes. Aujourd'hui, le secteur des services d'aide à la personne, très largement féminisé, est éclaté entre associations, secteur privé et prestations de gré à gré. Il y règne une grande précarité. Les besoins futurs étendus - d'autant plus qu'il y a urgence à décharger les aidant-es familiaux, des femmes surtout, qui fournissent une lourde contribution

- témoignent du fort potentiel de création d'emplois. Il est capital de veiller à créer des emplois stables, qualifiés et à temps plein, qui ont vocation à sortir du label de métiers féminins pour s'adresser à tous. Il est possible de construire des parcours professionnels prévoyant le passage progressif à des emplois mieux rémunérés. Il y a dans la manière de répondre à ces besoins et de développer le secteur des services auprès des personnes un enjeu décisif de société, particulièrement du point de vue de l'égalité entre femmes et hommes.

Contribution du NPA

(Bernard Hess & Jean-Claude Laumonier)

Perte d'autonomie: quel financement ? Quelle gestion ?

La perte d'autonomie doit être financée à 100 % par la sécurité sociale, c'est-à-dire par des cotisations sociales versées par les employeurs (le salaire socialisé), donc :

- ni par des assurances ou mutuelles à but lucratif ou non,
- ni par de prétendues « cotisations salariales » (fiction qui est en fait une baisse déguisée du salaire net),
- ni par des journées de travail gratuit (« journées de solidarité »)
- ni par la récupération de l'héritage par l'Etat
- ni par la CSG, essentiellement payée par les salariés et les retraités, ce qui commence par un refus de toute augmentation de la CSG pour les actifs ou les retraités
- ni par la fiscalité nationale directe ou indirecte (TVA...)
- ni par les impôts locaux, essentiellement eux aussi payés par les classes populaires et par ailleurs source d'inégalités de traitement des usagers entre chaque département.

Ce financement doit permettre de couvrir à 100 % les besoins en soins et en hébergement, quand la personne ne peut ou ne veut continuer de vivre à domicile.

La gestion de la perte d'autonomie, doit être selon nous conçue dans le cadre d'une Sécurité sociale auto-gérée, c'est-à-dire gérée par les assurés sociaux en toute indépendance par rapport au patronat et à l'Etat. Gestion par des caisses, uniquement composées de représentants élus des assurés sociaux, (ni représentants du patronat dans les caisses, ni tutelle de l'Etat) définition des besoins

et décisions principales prises par consultation directe des assurés sociaux après information et débat contradictoire.

- Ceci entraîne la suppression de la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), et de son financement par les « journées de solidarité ».

- La fin de la gestion de l'APA par les conseils généraux.

Faut-il dans ce cadre créer une nouvelle branche de la sécurité sociale « perte d'autonomie » (Handicap + « dépendance ») ou la perte d'autonomie doit-elle entrer dans le cadre de l'assurance-maladie ? La question doit être débattue, mais est d'une importance toute relative, puisque nous revendiquons l'abrogation des ordonnances gaullistes qui ont instauré le cloisonnement de la SS en branches devant avoir un équilibre financier.

Pour un service public d'aide à l'autonomie

L'aide à l'autonomie est une réponse à des problèmes de santé, que ce soit des difficultés de locomotion, de perte de mémoire ou autre. De ce point de vue nous ne sommes pas plus pour des services privés pour l'autonomie que nous le sommes pour la santé. La santé est un « bien commun » ne doit pas être source de profit c'est pourquoi nous nous prononçons pour l'expropriation des grands groupes capitalistes qui s'enrichissent sur le dos des personnes âgées dépendantes ou non.

Nous proposons de développer des services de fonction publique d'aide à l'autonomie. Cela permet de concrétiser une politique générale, égalitaire sur l'ensemble du territoire et d'offrir un statut unifié pour les personnels, titularisation, grille de salaire unifiée... Ce n'est pas à l'heure où le gouvernement veut sous-traiter le problème par le bénévolat d'administrateurs associatifs ou le donner en pâture aux capitalistes de « l'or gris » qu'il faut baisser les bras. Le recours au secteur associatif permet au gouvernement de leur faire gérer les contraintes qu'il leur impose en laissant les salariés démunis, éparpillés dans des structures au mode de gestion de plus en plus proche du management capitaliste classique avec toutes les conséquences également pour les personnes dépendantes.

Des services décentralisés avec la participation des usagers et des salariés doivent répondre concrètement aux besoins sur un territoire donné et permettre la participation effective des personnels, des usagers et de la population par leurs représentants élus à la définition des besoins locaux et la mise en œuvre des moyens y compris médicaux et paramédicaux, intégrant la défense des conditions de formation et de travail des salariés. Une coordination doit être instituée à cet effet entre ces services et l'hôpital public et les services de santé.

Contribution du Parti de Gauche (Catherine Jouanneau)

Quels financements proposez-vous pour la « dépendance » ?

Tout d'abord, il faut parler de « perte d'autonomie ». Le terme « dépendance » est dévalorisant pour la personne et ne prend pas en compte le handicap de naissance ou les accidents de la vie. Pour reprendre les mots de Pierre Laroque, fondateur, avec d'autres, de notre Sécurité sociale, « *Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité* ». Ce plan solidaire et républicain n'a jamais été réalisé. La loi du 11 février 2005, préconisait pourtant la mise en place d'une prestation universelle de compensation du handicap par la suppression de la discrimination par le critère d'âge et ce, dans un délai maximum de 5 ans.

Mais, le 17 janvier 2011, Roselyne Bachelot déclarait : « *La convergence des politiques envers les personnes âgées et les personnes handicapées, inscrite dans la loi, reste notre objectif. Toutefois, la priorité est de traiter la perte d'autonomie des personnes âgées* ». Ceci en parfaite cohérence avec les affirmations d'automne 2007 de Nicolas Sarkozy : « *pour un nouveau risque dépendance, » et « un recours plus massif aux assureurs privés et au marché de l'assurance »*.

Pour le Parti de Gauche, il faut parachever notre système de protection sociale par une prestation solidaire et universelle d'aide à l'autonomie sans distinction d'âge, partie prenante d'un projet de société solidaire et émancipatrice.

- Selon les projections, la perte d'autonomie nécessite de trouver en 2025 environ 2,4 milliards et 9,5 en 2040.
- Mais l'occurrence de la perte d'autonomie est difficilement estimable sur le moyen et long terme. Rien ne permet de savoir si l'allongement de la durée de vie est un allongement avec ou sans perte d'autonomie: l'essentiel des prises en charge lourdes est dû à la maladie d'Alzheimer. Or avec l'avancée médicale, il est probable que dans les années à venir cette maladie sera mieux prise en charge avec l'arrivée de nouveaux traitements.
- Et, même en acceptant le chiffre de 9,5 milliards en 2040, on voit bien que le catastrophisme sur le prétendu déficit de la sécurité sociale qui justifierait le recours à des mécanismes assurantiels privés n'est pas de mise. Il s'agit d'un déficit « organisé », par la baisse de 8 à 10 points de la part des salaires dans le PIB, au profit des financiers, des action-

naires et des rentiers. Ceci représente environ 170 milliards d'euros qui, chaque année, manquent dans l'assiette des cotisations sociales. Par une autre répartition des richesses, et par la suppression des nombreuses exonérations accordées sans contreparties aux employeurs, la Sécurité sociale serait largement excédentaire.

D'autre part, au rythme de la croissance du PIB, dans 30 ans nous aurons largement les moyens de faire face en consacrant un point ou deux points de celui-ci à la question si cela s'avérait nécessaire. Dans l'immédiat, Le financement de la perte d'autonomie nécessite la mise en place d'une véritable assurance publique financée par la solidarité nationale dans le cadre d'une CSG progressive (car l'assiette de la CSG permet de prendre en compte les revenus du travail et du capital) dont l'assiette devra être revue pour prendre plus en compte les revenus du capital.

Quelle organisation pour répondre aux besoins des personnes dépendantes?

La mise en place d'un grand service public de l'accompagnement des personnes en situation de perte d'autonomie dans tous les aspects de leur vie est indispensable.

- Une meilleure prise en charge de la dépendance ne requiert pas seulement des investissements supplémentaires, mais aussi une meilleure allocation des budgets de prise en charge. Or, presque 60% des dépenses publiques vont vers les soins. la prise en charge de la perte d'autonomie par le système de santé et non par les réseaux dédiés, représente une surcharge financière sans gain de santé publique (ex : le recours aux urgences hospitalières au lieu de privilégier le maintien à domicile engorge les hôpitaux, dégage des coûts supplémentaires en matière de réadaptation après la prise en charge et ne correspond pas à la volonté des personnes.)
- La coordination entre le sanitaire et le médico-social est primordiale. C'est la condition d'une

meilleure reprise de la vie à la suite d'une hospitalisation. Actuellement l'accompagnement est éclaté entre des associations à but lucratif ou non, et des investisseurs financiers. Les personnels - des femmes le plus souvent- sont très précarisés, la plupart du temps à temps partiel et salarié-e-s d'employeurs multiples pour qui la formation et la qualification des personnels n'est pas la priorité.

Nous voulons construire un grand service public de l'accompagnement, avec des personnels formés, sécurisés par des emplois stables et à temps plein, pour intervenir tant au domicile des patients que dans les établissements. Un partenariat entre ce service public et des associations privées à but non lucratif serait possible, à condition que les conditions de travail, de rémunération et de qualification des personnels soient alignées vers le haut et contrôlées par le service public. Dans l'objectif du respect et de l'émancipation maximale de la personne, des efforts d'adaptation des logements et / ou d'ergonomie au travail, à l'école, etc. sont indispensables. Il y a là matière à créer de nombreux emplois. La recherche spécifique à la perte d'autonomie doit être encouragée, pour faciliter la prise en charge des tâches pénibles, où entraînant une perte d'intimité pour la personne aidée. On peut ainsi développer une industrie innovante qui fabriquerait : robots à toilette, robots anti-escarres, robots d'aide à l'alimentation, robots domotique, «physioprothèses»...

Comment gérer ce nouveau dispositif ? La démocratie est la réponse. La perte d'autonomie mérite la mise en place d'une gestion paritaire faisant intervenir des représentants des territoires qui participeront à la gestion au quotidien de cette question, des représentants des associations de patients et de leurs familles, et des professionnels. Cela permettrait d'écouter les premiers concernés dans l'organisation des parcours de soins, de mettre en place une meilleure coordination entre le personnel de santé, le personnel médico-social, les familles, et d'éviter tant que faire se peut les hospitalisations.

Dépendance : construire l'alternative

Par Michel Katchadourian et Frédéric Rauch

Le Conseil économique, social et environnemental (CESE) a rendu les 14 et 15 juin derniers sa copie sur la réforme de la prise en charge de la dépendance. Clarificateur, ce rapport n'en est pas moins en deçà des attentes et de besoins des personnes concernées et de leurs familles. Force est de constater qu'il ne répond pas au besoin d'alternative face aux objectifs de la droite et du patronat, et qu'il est fortement marqué par le lobby des complémentaires, santé, prévoyance, retraite qui espèrent enfin rentabiliser ce marché de la « dépendance ».

Le rapport du Conseil économique social et environnemental sur la dépendance : un avis en demi-teinte

Bien qu'il ne soit pas porteur de nouveautés fulgurantes, l'avis du Conseil Economique, Social et Environnemental sur « la dépendance des personnes âgées », adopté le 15 juin dernier, conserve le mérite d'éclairer le débat d'une position officielle de la société civile sur cette question qui prend, en partie et en partie seulement, le contrepied de la position gouvernementale.

Là où, chacun à leur manière, les rapports⁽⁵³⁾ parlementaires et de l'IGAS annonçaient un distinguo à opérer en matière de dépendance entre ce qui devrait relever de la prise en charge collective et ce qui devrait entrer dans le champ du privé⁽⁵⁴⁾, le rapport du CESE pose en principe que « la société doit apporter à toute personne quel que soit son âge ou son handicap une réponse adaptée à ses besoins »⁽⁵⁵⁾. Rejetant la stratégie argumentaire du gouvernement fondée sur les catastrophismes démographiques et financiers, le rapport précise, d'une part, que l'incertitude forte des projections démographiques⁽⁵⁶⁾ empêche d'affirmer que demain le nombre de personnes dépendantes en proportion de la population sera supérieur à celui d'aujourd'hui, et confirme, d'autre part, que l'évolution du financement pèse moins par son montant (34

milliards d'euros en 2010, dont 24 pour l'intervention publique) que par la nature de ces flux et des ajustements qu'ils impliquent. Et ce faisant, il rappelle que les départements co-financiers de l'APA subissent les conséquences financières de la réduction de la part prise par la solidarité nationale dans ce financement (43 % en 2002 contre 28,5 % en 2010), au moment où leurs ressources financières se tarissent, et que le véritable problème est celui du reste-à-charge des familles, à domicile ou en établissement, qui dépasse de loin le montant moyen des pensions de retraite.

Dans ce cadre, pour garantir une meilleure prise en charge de la perte d'autonomie, le rapport préconise une série de mesures. Et en premier lieu, d'intervenir en amont de la dépendance par une politique de prévention tout au long de la vie permettant un vieillissement en bonne santé de la population. Il propose notamment une politique d'éducation des individus, de réduction des risques professionnels, de dépistage systématique des populations fragiles et de formation des professionnels de santé. Afin de favoriser le maintien à domicile, il avance la nécessité d'adapter l'habitat et le cadre de vie aux besoins de la perte d'autonomie. Il invite en conséquence à une politique ambitieuse de constructions de logements individuels et collectifs répondant aux critères d'accessibilité et à une politique financière d'aide à la réalisation de travaux facilitant le maintien à domicile pour les propriétaires occupants. Il appelle à compléter cette politique de l'habitat par le développement d'infrastructures et de services associés. Au nom d'une prise en charge améliorée et complète, il revendique la mise en place d'un parcours de soins coordonné de prise en charge de la personne dépendante structuré à l'échelle départementale, qui mette en synergie les acteurs locaux de la prise en charge avec les outils et objectifs de la politique départementale en direction des personnes âgées. Et à cette occasion, il rappelle la nécessité de renforcer la qualification et les rémunérations des personnels aidants à domicile, afin d'accroître l'attractivité professionnelle du secteur et la qualité du service rendu. En outre, il interpelle sur le besoin de soutien des aidants familiaux, notamment en prévenant leur épuisement physique et psychique et en incitant les entreprises à intégrer les problématiques de la dépendance de leurs salariés. En parallèle, le rapport insiste sur un soutien obligatoire de la recherche sur les pathologies de la dépendance et sur le potentiel des innovations technologiques liées à la perte d'autonomie (ergonomie des ou-

⁵³ Rapport de M^{me} Valérie Rosso-Debord, députée, *La prise en charge des personnes âgées dépendantes*, juin 2010 ; rapport de M. Alain Vasselle, sénateur, *Dépendance des personnes âgées : le sénat prépare le débat*, n°263, janvier 2011 ; rapport de Mme Hélène Gisserot, IGAS, *Perspectives financières de la dépendance des personnes âgées à l'horizon 2025 : prévisions et marges de choix*, 2007

⁵⁴ Débat qui renvoie concrètement à la question du GIR 4 soulevé par le rapport Rosso-Debord : sortir ses titulaires du bénéfice de l'APA.

⁵⁵ Page 4, synthèse de l'avis du CESE.

⁵⁶ Page 5, idem.

tils numériques, domotique...), tant en terme de progrès dans la réponse aux besoins d'autonomie qu'en terme de gisement d'emplois qualifiés. Et il propose que la CNSA soit moteur et pilote dans la structuration de la recherche et des financements.

Certaines de ces propositions sont positives mais aussi d'autres peuvent contenir un certain nombre de dangers. Ainsi l'appel à la recherche et l'innovation technologique, invoque le développement de financements publics et de « *partenariats ... [avec] les PME, [qui] pourraient contribuer à soutenir les projets des petites et moyennes entreprises* »⁽⁵⁷⁾, mais omet totalement le recours à la recherche publique par financements publics. Une proposition qui n'est pas sans rappeler les appels du Medef et de la CGPME à la constitution de partenariats publics-privés globaux dans le champ de la dépendance et de l'offre sanitaire et médico-sociale. Et dont on peut désormais évaluer le désastre dans le domaine hospitalier. Il en va de même pour la coordination de la prise en charge au moyen d'une transformation des MDPH en maisons départementales de l'autonomie (MDA)⁽⁵⁸⁾, sans qu'aucun bilan ne soit tiré préalablement du fonctionnement des MDPH en matière d'efficacité et d'amélioration de la prise en charge des personnes handicapées. Ce qui est aujourd'hui loin d'être avéré. C'est encore le refus explicite de fusionner la CNSA et l'assurance-maladie alors qu'un débat serait nécessaire concernant la CNSA. C'est aussi la revendication d'un parcours de soins coordonné et d'une filière gériatrique (une revendication du Medef⁽⁵⁹⁾). Si l'on peut en supposer l'intérêt en termes de coordination des acteurs dans la réponse aux besoins. On peut cependant en craindre les implications en termes de rationnement comptable de la dépense publique et sociale et en termes de réduction de la couverture sanitaire et médico-sociale publique. Et cela d'autant plus lorsque le rapport envisage une gouvernance globale de la dépendance pilotée par les ARS, dont chacun aujourd'hui connaît concrètement les objectifs de restructuration de l'offre sanitaire publique sur le territoire national. Etc.

Mais une fois encore, ce sont les enjeux de financement qui expriment les biais de la réflexion sur la dépendance. En effet, lorsque le rapport affirme qu'il faut que la « société » réponde aux besoins des personnes dépendantes, l'utilisation du vocable « société » instaure un flou dans la nature de la réponse financière à apporter. Or la question est cruciale, puisqu'elle renvoie à celle du financement : ou bien un financement assis sur la sécurité

sociale et les cotisations sociales, ou bien un financement assis sur la solidarité nationale et l'impôt. Et il semble bien que les rapporteurs du CESE aient choisi.

En effet, si on peut se réjouir du refus du rapport de restaurer la récupération sur succession (à l'origine de l'insuccès de la PSD) et d'une seconde journée de solidarité nationale, on est plus inquiet de ses préconisations. La proposition d'une taxe sur l'ensemble des mutations à titre gratuit, sans définir de plancher de valeur patrimoniale taxable, aura pour conséquence de taxer indifféremment le patrimoine successoral des familles pauvres et riches, et pèsera donc plus lourdement sur les ménages les plus pauvres. Dans le même esprit, l'alignement du taux plein de CSG des pensions de retraites sur celui des actifs pèsera indistinctement sur l'ensemble des retraités. Déjà bien mis à contribution à la fois par une réduction de leur pouvoir d'achat et par la succession de réformes des retraites, ils subiront là aussi une pression différenciée selon qu'ils sont pauvres ou riches. Il s'agit de préconisations qui non seulement font un sort à la notion de solidarité nationale, mais aussi qui laissent de côté la finance et n'ouvrent pas de perspectives sur des financements pérennes et dynamiques assis sur la création de richesses, avec le risque connu de s'avérer rapidement insuffisantes et d'enclencher soit une hausse des prélèvements fiscaux susceptibles de mettre en péril à la fois le budget de la majorité des ménages et la prise en charge de la dépendance, soit une réduction des dépenses socialisées.

Mais l'inquiétude ne s'arrête pas là. Car si le rapport écrit que le financement de la perte d'autonomie doit reposer sur un socle essentiellement public et être principalement couvert par la solidarité nationale⁽⁶⁰⁾, quelques lignes plus loin⁽⁶¹⁾ il pose que l'intervention des organismes complémentaires étant une réalité, ils doivent pouvoir contribuer au financement de la prise en charge sous conditions de créer un cahier des charges labellisé sur les contrats, de construire un référentiel indépendant et opposable de l'évaluation de la dépendance, et d'épauler les revenus modestes pour cette couverture complémentaire. Une proposition formulée sous forme d'exigence d'équité qui n'est rien d'autre que l'ambition de la Fédération française des sociétés d'assurance. En d'autres termes, le rapport ouvre clairement la voie à un financement individuel et privé où chacun sera couvert en fonction de ses moyens et non plus selon ses besoins, ce qui était pourtant l'opposé du point de départ de ce rapport.

⁵⁷ Page 13 du rapport.

⁵⁸ Page 14, id. ; il s'agit d'une proposition du PS.

⁵⁹ Proposition 7 du rapport du Medef : *Réforme de la prise en charge de la dépendance – 20 propositions du Medef pour concilier solidarité, innovation et responsabilité – Pour un partenariat public-privé global*, avril 2011

⁶⁰ Page 18 du rapport

⁶¹ Page 19, id.

En fin de compte, ce rapport dont on pouvait attendre quelques avancées reste de portée très limitée et ne dépasse pas significativement les différentes options des rapports qui l'ont précédé. On ne peut donc que regretter que le CESE n'ait pas pris la mesure de l'enjeu de l'autonomisation des personnes dépendantes, en restant très loin de toute alternative ambitieuse au projet de la droite à la veille de la réforme.

La réforme de la prise en charge publique de la dépendance : un enjeu de civilisation majeur

L'enjeu d'une réforme de la prise en charge publique de la dépendance, annoncée par Sarkozy alors candidat à la présidentielle de 2007 par la mise en place d'un « 5^e risque », s'inscrit dans la tentative de réforme régressive globale de notre système de sécurité sociale universel et solidaire.

Historiquement, l'éclatement de la sécurité sociale en plusieurs branches, revendiquée par le rapport du CNPF de 1965, et mis en œuvre par les ordonnances Jeanneney de 1967 avait marqué la plus grande victoire du patronat dans sa stratégie de division des travailleurs depuis 1945, la volonté d'instaurer le passage de « la branche » au « risque » constitue une nouvelle étape de l'offensive portée par la droite, symbolisée par ce glissement sémantique. Le système obligatoire de Sécurité sociale alors dépecé laisserait des pans entiers aux institutions financières et aux assurances.

La dépendance est donc bien un des volets des contre-réformes menées sur la protection sociale française héritée du CNR, en lien avec la réforme des retraites à qui elle succède, et avant celle annoncée après 2012, de l'Assurance-maladie. Une nouvelle étape du démembrement de la sécurité sociale, attendue et anticipée par les acteurs du marché assurantiel. La notion de 5^e risque est un piège, opposé à la garantie de soins de qualité et à une retraite digne pour tous.

Les objectifs du gouvernement sont identifiables : montrer les insuffisances de la prise en charge en 2010 de la dépendance et de ses financements publics et socialisés, pour mieux préparer le passage à une logique assurantielle individuelle qui est la même que celle proposée pour les retraites (capitalisation) et pour l'Assurance-maladie (complémentaires à la charge du contractant). On pourrait qualifier le projet du gouvernement, la création du 5^e risque et celle d'une assurance obligatoire, de vente à la découpe de la protection sociale livrée en pâture au marché.

Comme pour les retraites, le gouvernement met en avant l'argument démographique. Mais sans véritable argumentation scientifique. Personne ne peut aujourd'hui estimer la nature du lien entre croissance de la population âgée et croissance de la population âgée dépendante. Et il en va de même pour l'argument financier. Aujourd'hui la prise en charge de la dépendance ne représente que 1,1 % du PIB, et pourrait représenter entre 1,5 et 1,8 point de PIB d'ici une vingtaine d'années, et 3 points pour la FFSA qui cherche à dramatiser. Cependant, il ne s'agit pas pour nous de sous-estimer l'augmentation indispensable de cette part pour une meilleure prise en charge de ces nouveaux besoins, mais cela doit être comparé avec la chute de la part de la masse salariale de 8 points au cours des dernières décennies et avec l'explosion correspondante des dividendes. La clé du financement repose sur un juste partage et une autre façon d'augmenter la richesse produite à partir du développement des salaires, des emplois et des qualifications.

La part grandissante dans la population comme la prise en compte des besoins des personnes dépendantes entraînerait certes une croissance des dépenses de protection sociale, mais celle-ci est présentée comme insupportable pour des finances publiques déjà en déficit. Reprenant le refrain libéral habituel sur « le niveau trop élevé des prélèvements obligatoires », le gouvernement affirme que le financement public est désormais incapable de prendre en charge les dépenses liées à la dépendance.

Pourtant, depuis la crise financière de 2008, il est apparu clairement que ce discours ne tenait pas. Le gouvernement a dû mobiliser des fonds publics considérables pour répondre aux risques d'effondrement du système bancaire. Sans aucune contrepartie pour les spéculateurs, mais au prix d'un endettement massif du pays et d'un déficit budgétaire record. Le déficit public n'est pas lié à l'explosion des dépenses publiques, tout particulièrement, des dépenses sociales. Il résulte surtout d'une baisse importante des recettes due au chômage et de l'aiguillage de la crise systémique. A quoi il faut ajouter les cadeaux fiscaux de ces dernières années aux entreprises, aux banques et aux ménages les plus riches.

Bien que les pistes de financement soient censées faire l'objet du débat national, les choix sont déjà tracés. Ils privilégient un système mixte, combinant solidarité nationale et assurance individuelle. Il s'agit d'une nouvelle tentative de livrer un large champ de la protection sociale au marché, d'offrir des profits juteux aux assurances privées et de poursuivre l'entreprise de démolition de la Sécurité sociale. Car le magot est réel. En 2009, 2 024 200 assurés versaient 403,1 millions d'euros de cotisations au titre d'un contrat pour lequel la dépendance

est la garantie principale, pour 127,7 millions d'euros de rente versée. Les assureurs empochaient alors le solde de 275,4 M€ !

Construire l'alternative

Au-delà du choix de financement, la perte d'autonomie représente un enjeu global de société. Comment la société entend-elle assurer une vie digne aux personnes ne possédant pas leur totale autonomie, qu'il s'agisse des personnes âgées, en invalidité ou en situation de handicap, et répondre à leurs besoins ?

La perte d'autonomie est directement liée à la santé. Partant de la définition de l'OMS⁽⁶²⁾, la grille AGGIR mesure depuis 1997 l'autonomie d'un individu dans ses activités mentales (cohérence, orientation et communication avec autrui), corporelles (alimentation, élimination, toilette, habillage, transfert des positions corporelles, déplacement à l'intérieur et à l'extérieur) domestiques et sociales (gestion personnelle de son patrimoine, cuisine, ménage, transports, achats, suivi d'un traitement, activités de temps libre).

Discutée aujourd'hui, cette grille montre pourtant que les difficultés d'évaluation de la perte d'autonomie résultent davantage d'un retard de diagnostic de ces pathologies neuro-dégénératives que des critères retenus pour les évaluer. Retard qui dépend autant des faiblesses de notre système de prévention sanitaire, que des trajectoires de vie des personnes, de leurs conditions de travail et d'habitat. Ainsi le risque de perte d'autonomie sévère concerne 5,4 % des ouvriers contre 2,2 % des cadres et professions intellectuelles.

Or la politique de santé menée tambour battant par le gouvernement renforce ces inégalités face à la perte d'autonomie. La loi Bachelot a remis en cause le maillage sanitaire territorial assurant l'égalité territoriale d'accès au service public hospitalier, pourtant nécessaire aux personnes âgées. La baisse du niveau de la prise en charge socialisée des soins a réduit l'accès aux spécialités médicales. Alors même que les personnes en perte d'autonomie nécessitent de recourir à des bilans cognitifs complexes qui ne sont pas accessibles à tous en médecine ambulatoire car souvent en secteur 2, sinon devant être faits dans des centres hospitaliers spécialisés dont les délais de RDV vont de plusieurs semaines à plusieurs mois. Concernant la médecine de ville, les pathologies ophtalmiques restent très fréquentes et leur prise en charge souvent problématique. Les problèmes de cataracte sont le lot de presque

tous les patients âgés, et pourtant la prise en charge se révèle difficile du fait du prix de l'intervention. Le port de lunettes ou de lentilles est parfois impossible compte tenu du coût des montures et des verres, et de l'indigence des remboursements sécurité sociale. Petite retraite plus problèmes dentaires égalent mauvaise alimentation et déséquilibre nutritionnel. Ainsi, la consommation de 5 fruits et légumes, est un rêve pour beaucoup de personnes âgées. Les traumatismes osseux et pathologies ostéo-articulaires restent très fréquents. Tout cela malgré les avancées considérables de la médecine et de la recherche pharmaceutique.

La majorité des personnes très âgées exprime le désir de vivre à domicile, ce qui ne se fait actuellement qu'au prix d'une lourde contribution fournie par plus de quatre millions de proches. Améliorer l'autonomie des uns ne peut pas se faire au détriment de l'autonomie de leurs proches. La *solidarité familiale* – travail informel et invisible assumé très majoritairement par les femmes –, vantée par le gouvernement, ne peut pas être considérée comme solution de substitution à la solidarité nationale. Décharger l'entourage implique donc de le remplacer progressivement par des professionnels formés et qualifiés, avec un statut et des droits.

Le secteur des services d'aide à la personne représente un fort potentiel de création d'emplois. Mais il y règne actuellement une grande précarité avec des emplois déqualifiés, des employeurs multiples, une prédominance du temps partiel et des bas salaires. Les métiers y sont essentiellement féminins du fait des stéréotypes sur les rôles sociaux masculins et féminins. À l'opposé de ce qui existe, l'objectif doit être le développement d'une filière professionnelle qualifiée, avec des emplois stables, à temps plein, qui ont vocation à s'adresser aux hommes comme aux femmes. Le cadre du service public doit permettre d'harmoniser et améliorer les conditions d'emploi et de rémunération de tous les personnels travaillant dans les diverses structures (associatives, municipales, départementales, régionales, nationales), et d'offrir une palette de services répondants aux différentes demandes. Une mesure de fond qui dépasse de loin l'annonce gouvernementale d'une compensation monétaire pour service rendu.

Contre toute logique d'individualisation ainsi que tout recours aux assurances privées qui ne peuvent que générer d'importantes inégalités, la prise en charge des personnes en perte d'autonomie doit relever des principes de la solidarité nationale et de la sécurité sociale. En effet, les principes et les fondements de la Sécurité sociale visent à « *faire face aux aléas de la vie, de la naissance à la fin de vie* ». L'objectif doit être la reconnaissance d'un

⁶² Selon la définition de l'OMS, celle-ci n'est pas seulement l'absence de maladie mais « *un complet état de bien être physique, mental et social* ».

droit universel à une prise en charge à 100% de la perte d'autonomie, qui a vocation à être assuré par la Sécurité sociale. Le système doit être obligatoire, universel et solidaire, offrir une égalité de traitement et d'accès sur tout le territoire. Ce qui implique de relever d'un nouveau service public. Cela pourrait ne pas relever de conditions d'âge ni de ressources, les prestations fournies doivent être déconnectées de la contribution financière. Ce nouveau besoin social doit être financé majoritairement par la Sécurité sociale et donc par le principe des cotisations sociales. Cela s'effectuerait en lien avec le double principe d'une amélioration des conditions économiques et sociales de production des richesses et d'une meilleure répartition des richesses produites.

La question essentielle du financement

Actuellement, Pour 1€ d'APA obtenu, les familles dépensent 2€, tant à domicile qu'en maison de retraite. Le coût mensuel moyen d'un hébergement en EHPAD oscille entre 1 700 et 3 000€, selon que l'on est en zone rurale ou en zone urbaine. Un gouffre toujours croissant à mettre en perspective avec le montant moyen des pensions de retraite (1 300€) et des salaires (2 000€), que le gouvernement n'envisage pas de combler. S'il n'a pas hésité à ponctionner les recettes publiques de 128 milliards d'euros pour sauver le système bancaire français en crise, sans d'ailleurs aucune contrepartie imposée aux acteurs financiers du système à l'origine de la crise financière, il exclut toute augmentation de la participation publique au financement de l'hébergement des personnes dépendantes et renvoie les solutions éventuelles à la sphère privée *via* le secteur complémentaire et assurantiel. Pourtant, le besoin de financement nouveau pour répondre à l'évolution des besoins des personnes en perte d'autonomie ne dépasse pas l'entendement. Avec 1,5 milliard d'euros par an en plus selon les chiffres du gouvernement, on reste loin du coût annuel pour le budget de l'Etat des compensations des exonérations de cotisations sociales patronales (30 milliards d'euros).

En réalité, cette position du gouvernement, qui s'appuie sur le postulat néolibéral de la baisse des dépenses publiques et des prélèvements publics et sociaux pour encourager la compétitivité des entreprises, renforce la nécessité de poser la question du financement de cette politique de l'autonomisation à partir d'un prélèvement sur les richesses créées dans les entreprises du pays, en même temps qu'elle rend caduque toute velléité de son financement efficace par l'impôt uniquement. Seul le développement de l'emploi, des salaires, de la formation porté par un droit d'intervention des salariés dans la gestion des entreprises et articulée à une politique active du crédit aux entreprises facilitant les investissements productifs créa-

teurs d'emplois, est en mesure d'assurer un financement pérenne et dynamique d'une réelle réforme de la prise en charge de la perte d'autonomie répondant aux besoins sociaux exprimés. C'est pourquoi l'accent doit être mis sur l'affirmation d'une cotisation sociale assise sur une assiette « salaires » et dont le taux serait modulable en fonction de la politique d'emploi et de salaire de l'entreprise. Une cotisation sociale calculée à la fois en fonction de la masse salariale versée par l'entreprise, du niveau de qualification et de la qualité de son emploi, pourrait inciter les entreprises à relever la masse salariale, la part des salaires dans la valeur ajoutée produite. Par ailleurs, il n'est pas équitable ni efficace que les entreprises qui assurent leur rentabilité par les marchés financiers, soient en proportion de leurs profits moins mises à contribution sociale que les entreprises de main-d'œuvre dont le rapport entre salaires et valeur ajoutée est plus élevé. Enfin une cotisation sociale nouvelle sur les actifs financiers des entreprises doit aussi pouvoir contribuer au financement de la prise en charge de la perte d'autonomie. Une contribution de 0,5% de ces actifs permettrait d'accroître les ressources de l'assurance-maladie, financeur principal de la perte d'autonomie, de plus de 40 milliards d'euros.

Néanmoins, un véritable financement public pérenne de la prise en charge de la perte d'autonomie exigera une réforme de progrès et d'efficacité de la fiscalité des collectivités territoriales, en charge de la question de l'autonomie, et notamment une réforme de la taxe professionnelle, remise en cause par le pouvoir. Une véritable réforme de la fiscalité sur les ménages juste et progressive est incontournable, afin de ne pas faire peser relativement plus lourdement la charge sur les catégories populaires. Cette réforme progressiste impliquerait à terme la suppression progressive de la CSG. Cela passe aussi par une progression dans l'immédiat d'impôts et taxes sur les plus hauts revenus. Les nouveaux financements nécessaires passent aussi par une bataille, en France comme dans l'Union Européenne, pour un nouveau crédit, un autre euro, un autre rôle de la Banque Centrale Européenne, la remise en cause des plans d'austérité qui étouffent les peuples et de fait enfoncent dans la crise systémique, l'élaboration de nouveaux pactes de croissance et de solidarité, de nouveaux services publics.

Fondamentalement, et au-delà de la seule question du niveau de sa prise en charge, la problématique de la perte d'autonomie porte l'enjeu du choix de société et des pistes à ouvrir vers une nouvelle civilisation. En discutant les conditions d'une intégration à égalité de chacun dans la société des personnes en situation de perte d'autonomie, elle s'inscrit dans un travail de reconfiguration des rapports humains et des rapports sociaux. Elle impose de discuter l'avenir de la sécurité sociale et sa modernisation

pour la société de demain, et ouvre sur une perspective de concertation et d'intervention de l'ensemble des acteurs (organisations syndicales, associations, élus) de la prise en charge actuelle et future de la perte d'autonomie. Cela pose aussi la question de nouveaux droits à conquérir pour ces acteurs. Les choix qui seront faits détermineront de nombreuses dimensions de la société dans laquelle nous vivrons demain. Sur la base de principes qui nous rassemblent, le débat sur la prise en charge de l'autonomie peut contribuer à mettre en œuvre une large convergence des forces sociales pour peser dans le débat public et avancer vers une société solidaire.

Le dossier santé & liberté

Si on regarde en arrière l'action des gouvernements de ces quatre dernières années, au-delà d'une image parfois brouillonne, il y a une constante, une vraie ligne de force : c'est le recul général des libertés. Recul des libertés formelles publiques mais aussi et surtout recul dans les moyens d'accéder à ces libertés. Ceci dépasse le simple cadre de nos préoccupations ici, santé et protection sociale.

Suppression du défenseur des enfants, suppression des moyens accordés aux collectivités locales et donc aux libertés communales, suppression de la police de proximité, suppression des tribunaux de proximité, suppression d'un fonctionnaire sur deux partant en retraite et réduction des services publics, main mise renforcée sur la presse télévisuelle ou écrite, réduction des moyens donnés à la culture, à l'école, aux universités, à la recherche, au logement social, recul de la protection juridique des mineurs, augmentation sans précédent des gardes à vue et des peines de prison... on n'en finit pas d'énumérer les atteintes.

Pour le domaine de la santé et de la protection sociale, c'est la même chose : recul de l'accès aux soins pour des raisons financières ou de proximité, encadrement strict des libertés de prescription, coercition à l'hôpital public, judiciarisation de la médecine, enfermement sécuritaire des malades, fermeture des centres d'IVG, mais aussi recul du droit à la liberté de la retraite, recul de la mutualisation, recul des pensions d'invalidité et des minima sociaux.

Là aussi la liste devient litanie.

C'est la raison pour laquelle dans notre domaine notre comité de rédaction a décidé de montrer par quelques articles l'ampleur du problème. Nous donnons la parole à ceux qui dénoncent la « Nuit sécuritaire » de la psychiatrie, la mise en pièce de la médecine du travail, le recul des droits des patients, la situation inadmissible de la santé dans les prisons.

La juxtaposition de tous ces textes fait sens.

La rédaction

Déclaration de la rédaction sur la Loi psychiatrique

Depuis le discours du président de la République du 2 décembre 2008, la psychiatrie est entraînée dans une logique sécuritaire. Celle-ci se traduisant par le projet de loi « *relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* ». Contrairement à son énoncé, il ne protège en rien les personnes en souffrance psychiques. Au contraire, il vise à faire passer la psychiatrie d'un dispositif sanitaire au service des malades à un dispositif de contrôle social au service du ministère de l'Intérieur.

Les Cahiers s'opposent radicalement à cette dérive. Nous refusons la mise en place d'une garde à vue psychiatrique de 72 h. Nous refusons l'instauration d'un fichier des personnes ayant à un moment de leur vie fait l'objet d'un soin sous contrainte. Nous refusons les soins ambulatoires sous contrainte et la confusion entre sphère publique et sphère privée que ces derniers entraînent. Nous refusons la prééminence des troubles à l'ordre public dans les motifs du soin sous contrainte et qui ouvre la porte à tous les abus. Nous refusons de voir les consultations des Centres médico-psychologiques, qui manquent déjà de moyens pour faire face à la demande, être surchargées par des personnes faisant l'objet des soins ambulatoires sous contrainte alors qu'elles ne présentent aucun signe psychopathologique !

Mais au-delà du refus de ce projet de lois liberticide, ils considèrent qu'il faut une réforme en profondeur et progressiste de la psychiatrie. Cela suppose un projet politique ambitieux et novateur.

Une réforme affirmant que l'objet de la psychiatrie est de soigner des sujets en souffrance et non la normalisation des individus et des comportements ! Une réforme affirmant que le fondement du soin est relationnel, servi par les progrès de la recherche. Une réforme affirmant que les équipes de secteur doivent tout mettre en œuvre pour créer et maintenir le lien thérapeutique avec chaque patient et ce, quelle que soit la situation sociale ou psychopathologique du patient. Une réforme qui ne tolérera plus l'abandon de certains malades parce qu'ils sont les plus pauvres, parce que ce sont les plus difficiles. Une réforme qui se donne les moyens humains et financiers de ses ambitions. Une réforme des études, instaurant une formation spécifique adaptée au fait psychopathologique et à la psychodynamique de tous les professionnels exerçant en psychiatrie.

Cela nécessite que les citoyens se saisissent de ces questions et imposent ce débat de société. Un débat, n'utilisant pas des accidents aussi tragiques soient-ils à des fins émotionnelles, faisant de tout malade psychique un meurtrier potentiel, mais s'appuyant sur l'analyse scientifique des faits, des difficultés, des drames auxquels sont confrontés les patients, leurs familles, les professionnels et l'ensemble de nos concitoyens. Tout cela, nous l'avons, dit nécessite un projet politique ambitieux. Les Cahiers entendent y participer.

La psychiatrie ne doit pas être l'otage du tournant sécuritaire

Par les D^{rs} Isabelle Montet et Jean-Claude Penochet

NDLR : *Le D^r Isabelle Montet est Psychiatre, secrétaire générale du Syndicat des psychiatres des hôpitaux et le D^r Jean-Claude Penochet Psychiatre, chef du service psychiatrie au CHU de Montpellier est président du Syndicat des psychiatres des hôpitaux. Nous remercions les auteurs et Le Monde de nous avoir autorisé à donner ici ce texte publié dans Le Monde Débats daté 14 juin 2011.*

Ont-ils compris, nos parlementaires, que le projet de loi sur les soins sans consentement, adopté à l'Assemblée nationale en deuxième lecture, n'apportera aucune solution à l'alarme que l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) en service commandé vient de déclencher par son rapport sur les accidents graves en psychiatrie ? - Les inspecteurs, qui ont enquêté sur une vingtaine d'homicides survenus dans les hôpitaux ces cinq dernières années, et sur des agressions dont ont été victimes des malades et des soignants, dénoncent « des dysfonctionnements systématiques ». On n'épilouerna pas sur la médiocre qualité dudit rapport, due en partie à l'empressement à démontrer, en plein débat parlementaire sur un projet de loi controversé, l'insécurité en psychiatrie. Au nom de l'ouverture de la psychiatrie à la santé mentale, on s'habituerait presque à ce que chacun se sente compétent pour asséner ses jugements sur le contenu des soins, mais on est en droit d'attendre plus de rigueur de cette haute instance chargée d'éclairer la décision publique avant de diffuser des conclusions tranchées. L'avertissement qui figure en tête du rapport sur l'incomplétude et les failles méthodologiques de l'étude n'empêche pas ses auteurs d'additionner les recommandations pour toute une organisation sanitaire, en généralisant à partir du panachage de rapports antérieurs, des conclusions chargées des clichés les plus ordinaires sur la psychiatrie. Peu soucieux de se contredire, voilà un nouveau réquisitoire qui accuse les professionnels d'abuser de la contrainte contre les droits des patients tout en étant trop laxistes, notamment avec les patients fugeurs. Des soignants qui sont ce coup-ci tout à la fois fumeurs excessifs, coupables d'absentéisme et de cumul d'emplois, peu formés à la réponse à l'agressivité quand ils sont jeunes et soumis à leurs émotions quand ils sont plus anciens. Les directeurs d'établissement ne sont pas mieux lotis, jugés assez cupides pour que leurs efforts « vertueux » d'amélioration ne soient sensibles qu'aux incitations financières. Quant aux usagers, que d'autres rapports sur la psychiatrie appelaient à ne pas stigmatiser, les voilà, bien que contraints au paiement du forfait hospitalier, gaspilleurs de la solidarité nationale par un tabagisme qui fait partir en fumée l'allocation adulte handicapé ! La violence po-

tentielle des patients traités en psychiatrie constitue bien évidemment la moelle du rapport, ce qui n'a pas échappé aux quelques médias qui ont choisi de relayer le message sur la suspicion de dangerosité étendue aussi bien à l'ensemble des patients qu'aux lieux qui les accueillent. Ce sont donc dans des coupe-gorge que se font admettre les 600 000 entrées annuelles comptabilisées dans les hôpitaux psychiatriques ! Parce que tant qu'à citer en référence les études de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), les inspectrices aurait bien fait de les examiner. Avec un Français sur cinq appelé à développer au cours de sa vie un trouble psychiatrique, elles y auraient trouvé que le nombre de patients suivis a progressé de 74 % en dix ans pour les secteurs de psychiatrie (dont + 111 % en ambulatoire) et que les hospitalisations au long cours ont baissé grâce à une meilleure complémentarité entre les modalités de prises en charge que propose la sectorisation ou au transfert de certains patients dans des structures médico-sociales plus adaptées à leurs besoins (qui manquent cruellement). Le tout sans que les effectifs des soignants aient évolué : le nombre de lits a diminué tandis que les entrées ne cessent d'augmenter dans des proportions vertigineuses. Balayer la critique sur le manque de moyens en brandissant le seul ratio de l'effectif de soignants par lit d'hospitalisation, comme si le « lit » était l'unité de mesure adéquate en psychiatrie, relève de la manipulation. Le rapport aurait au moins pu saluer une productivité remarquable ! La sectorisation, dispositif promu à l'initiative des soignants il y a cinquante ans pour diversifier et rendre accessibles les offres de soins, devrait continuer son évolution alors qu'aucune politique volontariste de santé publique ne l'y encourage ? Les dernières réformes hospitalières qui ont caporalisé les médecins chefs de secteur et démedicalisé les instances de décisions pour privilégier la logique de management hospitalier sont de parfaits moyens de la stopper. Contrairement à ce que le rapport veut dénoncer, le problème n'est pas dans le système d'organisation de la psychiatrie, mais bien dans la déconsidération des politiques publiques qui abandonnent une discipline tout en multipliant les rapports alarmistes pour mieux s'en laver les mains. Tout d'abord, cette organisation sec-

torisée est bien plus qu'un assemblage de petites structures hospitalières entassant des patients hétéroclites : il s'agit d'un dispositif d'ensemble, basé sur la complémentarité et la continuité des soins entre le milieu hospitalier et les prises en charge extrahospitalières, essentielles à leur efficacité. Ensuite, le confinement des patients dans des structures mal adaptées, l'absence de chambre individuelle et d'équipement sanitaire correct sont bien les stigmates de la négligence des tutelles, qui feignent maintenant de s'en étonner. Les chiffres sur la croissance des coûts de la psychiatrie ne sauraient masquer que les derniers budgets ont été fléchés de manière autoritaire pour créer des chambres d'isolement, et absolument pas pour aligner les conditions hôtelières de la psychiatrie sur ce que tout patient est en droit d'attendre en hôpital général. Et ce n'est pas avec les suggestions extravagantes de l'IGAS pour améliorer le contrôle des allées et venues dans les services que la situation devrait s'améliorer. Plutôt que de mener le chantier de la loi globale et ambitieuse sur l'organisation de la psychiatrie et de la santé mentale, que l'ensemble des acteurs réclament, le gouvernement prévoit pour l'automne un simple plan d'action dont l'IGAS nous donne les prémices : le retour de l'aliénisme et de ses asiles avec ses pavillons de force, ses quartiers pour les groupes « homogènes » de demi-agités et de tranquilles, que l'électronique des sas et des badges d'entrée saura moderniser ! Si le système de soins psychiatriques est aussi hétérogène au niveau national, c'est qu'aucune réflexion générale n'a été menée pour définir des normes de qualité des soins et de fonctionnement guidées par autre chose que la peur de la dangerosité. La psychiatrie se trouve encore une fois instrumentalisée au profit du débat électoraliste autour de la sécurité, alors qu'il faudrait bien révéler le cœur du problème : des soins psychiatriques adaptés aux nécessités cliniques contemporaines et à l'accueil humanisé des patients ont le défaut de demander des investissements conséquents, et c'est cet effort que refusent de faire l'Etat et les politiques publiques. Alors, soit. Si ce rapport a raison de dénoncer les dysfonctionnements du système psychiatrique en appelant à un « véritable débat » et à un changement d'état d'esprit, il faut le prendre au mot : il est temps de mettre un terme aux rafistolages, et les parlementaires doivent exiger pour leurs concitoyens une loi globale de psychiatrie et de santé mentale et ne pas se contenter de voter, après une loi controversée, les prochains budgets d'un simple plan chargé d'en alimenter les aspects sécuritaires.

Appliquer une loi anti-thérapeutique ?

Communiqué du 29 juillet 2011 par le Collectif des 39

La loi du 5 juillet 2011 réformant les soins psychiatriques entrera en vigueur le 1er août 2011. Dans les hôpitaux, son application va engendrer des pratiques toujours plus inquiétantes : mise en place de vidéo-audiences dans de nombreux départements, transports collectifs de patients en crise etc. Le collectif des 39 contre la nuit sécuritaire appelle à refuser de cautionner et de mettre en pratique de telles mesures anti-thérapeutiques qui seront délétères pour des soins psychiques de qualité.

Libertés à distance plutôt caméras ou plutôt fourgon collectif ?

La loi introduit le juge des libertés et de la détention dans les deux premières semaines de l'hospitalisation sans consentement. Pour respecter cette obligation légale, deux possibilités sont envisagées pour cette audience : le transport des patients dans les Tribunal de Grande Instance (TGI) ou la mise en place de la vidéo-audience. Devant la pénurie de juges et de greffes, de nombreux TGI ont fait savoir qu'il n'y aurait pas d'audience systématique dans les hôpitaux psychiatriques (les audiences « foraines »), reportant la gestion du manque de moyens sur les équipes psychiatriques déjà fort démunies pour assurer leur mission de base, soigner.

Comment les équipes pourront-elles faire face à cette nouvelle pénurie des personnels vacants des services qui impliquerait une aggravation de la dégradation des soins ? Comment les patients insuffisamment stabilisés par douze jours d'hospitalisation réagiront-ils à un transport parfois de plusieurs dizaines de kilomètres ainsi qu'à l'attente au tribunal ? Faudra-t-il camisolier chimiquement et physiquement les patients pour les emmener devant le juge ?!

Si les directions d'hôpitaux ont obligation d'assurer l'audience devant le juge, nous devons rappeler à nos administrations et aux juridictions que les soignants ne peuvent éthiquement cautionner des mesures allant à l'encontre de la clinique, des soins, de leur éthique et de leur indépendance professionnelle. Et de s'organiser en conséquence (audiences foraines etc.). L'impératif premier pour tout soignant est, d'abord et avant tout, de ne pas nuire à la santé du patient.

Secret médical : un secret de polichinelle ! Le juge des libertés et de la détention rendra sa décision lors d'audiences publiques. Alors que les certificats médicaux étayeront sa décision du juge, qu'advient-il du secret professionnel lors de telles audiences ? Nous appelons les rédacteurs de certificats à mettre le strict minimum pour ne pas violer intégralement ce secret qui est l'un des garants de la relation thérapeutique.

Par ailleurs, les « soins » sans consentement en ambulatoire voient le jour. Alors que la contrainte se généralise et n'a pas de limite spatiale ou temporelle, le législateur a choisi de ne pas faire intervenir le juge pour garantir les libertés. Pourtant, les psychiatres devront rédiger un programme de soins qui, s'il n'est pas appliqué à la lettre par le patient, pourra conduire à sa ré-hospitalisation. Ce programme devra être visé et accepté par le préfet qui pourra le récuser ainsi que ses modifications ultérieures ; ce qui ouvre la porte à des imbroglios juridiques où les enjeux soignants sont mis sous tutelle sécuritaire !

Par principe, nous appelons autant que faire se peut, à ne pas prescrire de tels « soins » contraints et nous appelons les prescripteurs de ces programmes à rédiger leur certificat en sachant qu'il servira d'instrument de contrôle social.

Une loi contre indiquée pour les soins : Le collectif des 39 contre la nuit sécuritaire rappelle son combat depuis deux ans pour refuser cette loi de défiance qui, centrée sur la seule contrainte, dévoile ses incohérences, ses lourdeurs paralysantes et l'aggravation qu'elle va provoquer pour les soignants, les patients et leurs familles. Nous appelons l'ensemble des professionnels à ne pas faire de zèle pour l'application de cette loi, à contrer le climat de défiance qu'elle instaure entre les patients et les équipes de soins et à mettre en place les conditions de sa marginalisation puis de son échec.

La campagne pour l'abrogation de cette loi ne fait que commencer !

Santé au travail : une réforme régressive, une maladie aggravée

par le D^r Gérard Lucas, membre du bureau du Syndicat national des professionnels de la santé au travail.

En ce début de juillet 2011 a été votée par les parlementaires la loi relative à l'organisation de la médecine du travail. Cette loi se révèle préjudiciable à la santé des travailleurs en légitimant la gouvernance des services par les employeurs ou leurs représentants et en diluant les actions d'identification et d'accompagnement des atteintes à la santé par le travail dans des dispositifs de gestion des conditions de travail sous la responsabilité des employeurs et au travers de normes réductrices.

Pratiquement toutes les instances concernées attendaient une réforme des services de santé au travail. Plusieurs arguments étaient avancés. La loi de 1946 sur les services de médecine du travail ne répondait pas aux exigences de la directive européenne de 1989 sur l'hygiène la sécurité et la santé au travail. La pénurie des médecins du travail, pénurie programmée d'ailleurs, ne permettait plus une application pertinente des décrets en cours. De notre point de vue de professionnels de santé au travail, c'est surtout la faiblesse de l'élucidation et de la prise en compte de la santé au travail par le système de santé, dans les entreprises et pour la société qui nous incitaient à réformer le système.

Pour comprendre cet avènement désastreux, il n'est pas inutile de retracer les étapes de ces dernières décennies. Les services de médecine du travail se sont imposés à tous les salariés à partir des années cinquante autour de services autonomes pour les grandes entreprises et autour de services interentreprises patronaux pour les autres, à de rares exceptions près de services à gestion paritaire, qui n'ont pas fait la preuve de leur plus grande pertinence. L'élément clé était la visite médicale annuelle à laquelle était associé un avis d'aptitude ou d'inaptitude médicale qui jouait un rôle décisif sur l'emploi et les reclassements jusqu'aux années 1970 sans chômage prégnant. En 1978 et surtout en 1986, les missions de la médecine du travail ont été améliorées en décrétant le tiers temps. Des pratiques d'ergonomie, de toxicologie et d'épidémiologie se développent par les médecins du travail formés de plus en plus nombreux et aussi par d'autres institutions. L'interpellation des conditions de travail voit ses limites dans l'évolution du travail par les démultiplications des sous-traitances et par le maintien d'une reconnaissance réduite des atteintes de la santé au travail tant par le système de santé déconnecté du travail que par les systèmes

de régulation restrictifs. Notamment le tableau des maladies professionnelles, tout en offrant l'avantage de la présomption d'origine, évolue peu et reste décalé par rapport aux constats révélés par de nombreux professionnels de santé au travail.

La directive européenne de 1989, dans une conception libérale, présente l'immense qualité dans sa plus grande première partie de rappeler la responsabilité de l'employeur en matière d'hygiène, de sécurité et de santé de ces salariés. Elle attribue dans sa deuxième petite partie la responsabilité des dispositifs de surveillance médicale de la santé au travail des salariés à chaque Etat. La France a pensé appliquer l'ensemble de cette directive à partir des services de médecine du travail qualifiés parfois, avec la modestie nationale habituelle, de meilleurs du monde. Il suffirait de remplacer les services de médecine du travail par des services de santé au travail et d'y introduire d'autres disciplines, ce qui était le sens du protocole d'accord de 2000 signé par une partie des confédérations syndicales des salariés. Le SNPST avait alors alerté sur le risque d'atteinte à l'indépendance de la médecine du travail.

Le décret de 2004 n'a été qu'une réformette derrière un affichage péremptoire avec le changement de nom en service de santé au travail. Il maintenait les avis d'aptitudes médicales dans une visée assurantielle en augmentant les effectifs des salariés par médecins pour s'adapter provisoirement à la pénurie médicale dont la prévision de l'importance, objet d'alerte par le SNPST, était déniée par le gouvernement. Il a instauré une pluridisciplinarité avec des intervenants pour la prévention des risques professionnels (IPRP) dont les habilitations, le développement, l'indépendance et les positionnements étaient aléatoires à financement constant ou réduit. Manifestement ces dispositions ont abouti à déséquilibrer les services de santé au travail, en mettant les médecins du travail sous pression et injonctions paradoxales, et les autres personnels des services de santé au travail tiraillés entre les conservatismes et les aventures managériales. Les directions des services ont eu le plus souvent tendance à favoriser les employeurs dits « clients » par des prestations pour l'évaluation des risques professionnels au détriment des investigations pour la santé des salariés du fait de leur travail. C'est un véritable détournement d'un financement de la santé au travail qui anticipait la loi de 2011.

Épisodes d'une loi sacrifiant la santé au travail

C'est par **des négociations en 2008 entre patronat et syndicats** que le ministère du travail a initié la rédaction de cette nouvelle loi en se plaçant comme observateur et en en donnant au MEDEF la maîtrise d'œuvre. Celui-ci ne met en débat que son projet où les services de santé au travail sous gouvernance patronale seraient impliqués pour l'évaluation et la gestion des risques, qui relève de la responsabilité des employeurs, tout en gardant paradoxalement des avis médicaux d'aptitude assurantiels, même plus espacés. L'investigation en santé au travail pour les salariés et pour l'amélioration des conditions de travail y est réduite pour laisser place à des actions normatives restrictives. Les Confédérations Syndicales après 2 ans de discussions infructueuses repoussent unanimement ses propositions à la fin de 2009.

Entretemps la loi Hôpital Patients Santé Territoire (HPST) omet ou écarte la santé au travail dont on sait pourtant qu'elle reste le facteur le plus discriminant de l'altération de la santé avec l'âge. Le gouvernement reprend malgré tout le même projet de loi du MEDEF qu'il tente de glisser en amendement le 6 septembre 2010 **avec la loi sur les retraites**, au prétexte d'une incidence de la pénibilité sur des départs anticipés des salariés. Les députés intégreront cette réforme de la médecine du travail à la loi retraite moins d'une semaine plus tard le 13 septembre, autant dire sans débat citoyen. Ce n'est donc qu'à l'occasion du passage de la loi au Sénat que le débat parlementaire peut être alimenté par les forces syndicales et professionnelles auditionnées par la commission du sénat mais sans changement du texte sur le fond. Une anecdote permet d'illustrer l'écart entre les attentes des salariés et les défenseurs de la loi. Un membre du SNPST fait remarquer ironiquement au président UMP de la commission du sénat que le chapitre IV intitulé « *pluri-disciplinarité* », au vu de son contenu aurait du être appelé *aide à l'employeur pour la gestion des risques et de la sécurité au travail qui sont du domaine de sa responsabilité*. Le lendemain, le titre du chapitre IV est devenu « **Aide à l'employeur pour la gestion de la santé et de la sécurité au travail** » et est resté tel quel depuis, ce qui montre à quel point les élus de droite ont intériorisé avec le patronat cette priorité de l'aide aux employeurs plutôt que le dévoilement et l'accompagnement de la santé des salariés avec l'amélioration des conditions de travail. Le sénat adopte le 27 octobre un texte pratiquement identique à celui des députés.

Le **recours au conseil constitutionnel** par les élus de gauche a mis en avant spécifiquement l'aspect cavalier législatif, hors sujet, de cette immixtion de l'organisation de la santé au travail dans la loi sur les retraites. Le conseil les a suivis et annulé le 9 novembre 2010 tous les articles de

la loi retraite ayant trait à l'organisation de la médecine du travail. On savait que le gouvernement n'abandonnerait pas la loi, mais ce sont des sénateurs centristes qui l'ont représentée dans les mêmes termes à la virgule près dès le lendemain. Elle sera à l'ordre du jour au sénat en janvier 2011 et après de nombreuses tentatives d'inflexion de la part des professionnels, des syndicats et des politiques, une version est déclarée acceptable par des confédérations syndicales moyennant une gestion paritaire des services de santé au travail avec gouvernance alternante salariés-patron et quelques incantations sur l'indépendance des médecins du travail. Les élus du Parti socialiste s'abstiennent au nom de la démocratie syndicale.

Le 10 février 2011 un meeting pour le rejet de cette proposition de loi rassemble à la bourse du travail les professionnels de santé au travail, la plupart des syndicats et les partis de gauche. Hormis le différent sur la gouvernance paritaire alternée des services, un large consensus critique de cette loi s'affirme sur la perte d'indépendance des médecins du travail, sur la diminution des moyens pour la santé au travail, sur le déni des atteintes à la santé au travail persistantes ou émergentes avec les nouvelles organisations de travail. En juin 2011 le texte du sénat est soumis à l'assemblée dont la droite retire les éléments de gouvernance paritaire et alternée, qui la faisait accepter par une partie des syndicats et des partis politique de gauche. La loi est définitivement votée le 8 juillet 2011 malgré une opposition de toute la gauche !

Le bilan des services de santé au travail reste mitigé. Loin de nous la prétention d'en défendre le statu quo que nous voulions précisément faire évoluer. Les effets du travail sur la santé restent largement sous évalués. N'oublions pas que les recherches épidémiologiques montrent que le travail est le plus fort discriminant en matière d'espérance de vie et de morbidité pour un adulte de 30 ans, plus que l'alcool, le tabac ou d'autres facteurs sociaux et environnementaux, objet d'affichages bien supérieurs dans les plans de santé publique. Mais, ce sont des acteurs de la médecine du travail qui ont mis en évidence à partir des années 1990 les liens entre les **Troubles Musculo-Squelettiques** (TMS) et des situations de travail, liens qui ont longtemps été déniés par le système de soins, notamment par une majorité des rhumatologues. Ce sont les mêmes acteurs qui dans la même période ont alerté sur **les souffrances psychiques au travail** en lien avec des formes d'organisation du travail ignorant de plus en plus la dimension humaine de ses salariés. Une partie de cette alerte a été relayée médiatiquement par l'évocation des harcèlements, du stress au travail, des épuisements ou des suicides, mais le phénomène est d'une grande ampleur si l'on se réfère aux estimations économiques qui évaluent à 30 milliards d'euros par année en France le coup du stress

au travail, bien plus que le coût des accidents du travail. De nombreux médecins du travail estiment aussi une importante non reconnaissance de la part attribuable du travail dans les cancers dont moins de 1 % fait l'objet d'une reconnaissance en maladie professionnelle. L'académie de médecine estime ce taux entre 2 et 4 % en restant dans les limites scientifiques des tableaux de maladie professionnelle qui restent très restrictifs. Mais le département santé et travail de l'InVS⁽⁶³⁾, même à partir d'une investigation partielle, l'évalue à plus de 10 %. L'exploration des liens entre les expositions professionnelles et la cancérologie reste à développer, et jusqu'à maintenant la santé au travail n'y a pas trouvé sa place.

Les nouveaux SST seront-ils à la hauteur ?

La **gouvernance par le patronat** est confirmée que ce soit pour les services autonomes ou inter entreprises. C'est de notre point de vue un conflit d'intérêt majeur avec la mission de dire la santé. De même qu'on ne peut pas demander aux pollueurs d'être les référents de ce qui pollue, il est inconcevable qu'on puisse demander au patronat de gérer un organisme dont une des missions est d'identifier les pathologies dues au travail. La responsabilité attribuée à l'employeur pour la santé des travailleurs par la directive européenne implique au contraire que le constat de leur santé soit développé de façon indépendante sous la responsabilité régaliennne de chaque Etat. Déjà, dans les services de nombreux médecins du travail ont été confrontés à des pressions directoriales plus ou moins directes mais suffisamment sournoises pour être difficiles à caractériser comme entrave.

Le maintien de l'avis médical d'aptitude à l'emploi est surtout un dispositif de sélection et de garanties assurantielles. L'expérience montre que dans des conditions stakhanovistes, la pratique de cet avis se substitue à l'investigation en santé au travail. Cet avis perdra d'autant plus de sa pertinence que les visites seront étalées dans le temps ou focalisées sur des embauches où le salarié n'a pas été encore en contact avec le travail. Il est en revanche tout à fait essentiel d'attribuer aux médecins du travail la possibilité d'émettre des avis d'incompatibilité partielle ou globale qui fassent référence pour l'entreprise et le système de santé. Encore faudrait-il assurer une bonne accessibilité et une bonne reconnaissance des services de santé au travail aux salariés qui en ont besoin et à leurs médecins traitants, ce qui n'est pas développé dans cette loi.

La pluridisciplinarité est dans la loi comme dans le décret de 2004 facteur de confusion, parce qu'elle ne distingue pas les actions qui relèvent de la responsabilisation des employeurs pour la gestion des risques de la sécurité

ou l'amélioration des conditions de travail des actions qui relèvent du dévoilement des atteintes à la santé des travailleurs et de leur accompagnement. Le fait que les médecins du travail soit déclarés « animateurs » de ces équipes pluridisciplinaires ne doit pas faire oublier qu'ils sont dans cette action comme les autres encore « sous la responsabilité des employeurs » et que le titre honorifique d'animateur pourra être de peu d'efficacité face à des employés d'autres disciplines encore plus précaires et dépendant de l'employeur.

Des travailleurs particulièrement exposés auront très probablement un suivi moins spécialisé. C'est le cas des salariés temporaires, des stagiaires, des associatifs, des intermittents, des détachés ou des saisonniers. La possibilité de sous-traitance par les services de ces salariés à des professionnels de santé non qualifiés en santé au travail augure de suivis dégradés.

La traçabilité des expositions professionnelles des salariés dans le dossier médical recueillerait plutôt notre adhésion. Mais la loi omet de rappeler que l'inventaire et la mise à jour des risques professionnels sont de la responsabilité de l'employeur et que c'est cette mise à jour qui doit permettre au médecin de tenir cette rubrique dans le dossier médical et éventuellement d'en interpellier les manques.

Le cadrage national et régional, associé à un contrat d'objectif pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu dans l'article 4622-10 est certainement souhaitable. L'enjeu serait l'émulation des services en matière de dévoilement et d'accompagnement de la santé au travail. L'expérience nous fait craindre hélas que les institutions élaborent davantage de normes réductrices que des stimulations pour l'investissement des professionnels en santé au travail en lien avec les préoccupations locales. De même les commissions médico-techniques des services de santé au travail auront bien de la peine à faire valoir les priorités de santé au travail dans ces contrats d'objectifs, n'ayant qu'un rôle de proposition à côté des commissions de projet sous la dépendance patronale.

En conclusion, le SNPST comme de nombreux acteurs de la santé au travail ne peut qu'espérer une nouvelle réforme de la santé au travail qui impacte l'ensemble du système de santé et permette une saine interdisciplinarité constructive entre les professionnels de la santé au travail et les dispositifs d'amélioration des conditions de travail des entreprises.

⁶³ InVS : Institut national de la veille sanitaire.

Droits des patients : des acquis à consolider et faire vivre

Par Dominique Durant, journaliste et écrivain

L'année 2011 devait être celle « des patients et de leurs droits ». Neuf ans après la loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades, l'initiative était bonne. Mais sa mise en œuvre fait peine à voir : un sondage intéressant, un colloque de lancement, trois rapports, un site internet dévolu mais pauvre, six débats prévus, mais sur la bien-traitance, force est de constater que l'idée de démocratie sanitaire peine à s'imposer. Pourtant des progrès ont été réalisés, des mises en œuvre sont concluantes, le débat scientifique est nourri, mais ...

Une revendication ancienne

Dans les années 1970, Madeleine Akrich, Michel Callon, Volona Rabeharisoa et Bruno Latour, groupe de chercheurs de l'Ecole des Mines, ont commencé à s'intéresser, en France, au rôle des usagers dans le domaine de la santé, en s'appuyant sur la lutte contre les myopathies et l'expérience de l'AFM, notamment dans la lutte pour la reconnaissance des maladies orpheline. Leurs analyses, celles de considérer l'utilisateur comme un acteur, ont trouvé une pertinence nouvelle quand, autour du sida, la question du partage des savoirs, les relations médecins-malades ont commencé à être questionnées⁽⁶⁴⁾. L'activisme thérapeutique et la mobilisation associative sans précédent faisaient des patients des interlocuteurs incontournables du monde biomédical, comme l'a bien analysé Janine Barbot dans son livre sur « les malades en mouvement », paru en 2002⁽⁶⁵⁾. Pierre Lascoumes a, pendant longtemps, montré comment la combinaison des droits individuels avec les droits collectifs a fait cette force des mouvements d'usagers du système de santé.⁽⁶⁶⁾ Au même moment, des crises sanitaires, comme l'affaire du sang contaminé, trouvaient un écho nouveau et portaient l'idée d'un droit à la sécurité sanitaire.⁽⁶⁷⁾

La première charte du malade hospitalisé est due à Simone Weil et date d'octobre 1974. De nouveaux droits sont reconnus à la personne malade dans la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, et dans les

lois bioéthiques de juillet 1994. La charte est réformée par l'annexe de la circulaire ministérielle du 6 mai 1995 relative aux droits des patients (et non plus malades) hospitalisés, qui n'a cependant, comme toute charte, aucune valeur normative sinon qu'il est fait obligation aux établissements de l'annexer à leur livret d'accueil et de l'afficher dans chaque service. La charte garantit un service public hospitalier de qualité reposant sur les valeurs républicaines de liberté, égalité, solidarité et laïcité. L'organisation des soins doit être garante du respect des droits du patient : information, respect de la dignité, consentement.

Les 14 points de la charte européenne des droits des patients :

En 2002, 13 associations ont rédigé une charte européenne des droits des patients visant à garantir à la fois un « haut niveau de protection de la santé humaine », tel que prescrit par l'article 35 de la Charte fondamentale des droits de l'Union européenne et à assurer une haute qualité de services fournis par les différents systèmes nationaux de santé en Europe.

Droit aux mesures de prévention

Droit d'accès

Droit à l'information

Droit au consentement éclairé

Droit à la liberté de choix

Droit à l'intimité et à la confidentialité

Droit au respect du temps des patients

L'acte fondateur d'une démocratie sanitaire

Les ordonnances d'avril 1996, créent les Conférences régionales de santé, instances de débats où les associations représentent des usagers. Elles instituent leur présence dans les conseils d'administration des établissements ce qui conduit à créer des commissions de conciliation, chargées « d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'établissement et de leur indiquer les voies de conciliation et de recours dont elles disposent ».

C'est, finalement, la loi du 4 mars 2002 qui consacre, cette fois-ci législativement, les droits des malades et inclut la présence des usagers dans certaines instances du système de soins, comme la Haute autorité en Santé.

⁶⁴ Sur une première analyse, les contributions critiques de Nicole Licht dans *Prévenir*, numéro 25, deuxième semestre 1993.

⁶⁵ Janine Barbot, *Les malades en mouvements. La médecine et la science à l'épreuve du sida*. Paris, Balland, 2002, 307 p.

⁶⁶ Pierre Lascoumes, *L'usager : un acteur actif de santé publique*, Cosmopolitiques, mars 2007.

⁶⁷ Travaux du groupe 29 de l'EHESP sur « Démocratie sanitaire : place et rôle des usagers », Rennes, 2008.

C'est une loi complexe, mise en chantier dès 1999 et donc perçue avec une part d'ambiguïté. Elle comporte 126 articles réunis en cinq titres. Sacralisée comme un acte fondateur, elle est parfois mal comprise parce que très ambitieuse. Son titre, « Loi portant sur les droits des malades et la qualité du système de santé », établit d'emblée un lien entre le développement du droit des malades et l'amélioration de la qualité. Elle se fixe, d'autre part, de nombreux objectifs parmi lesquels la participation des usagers aux choix collectifs dans le cadre de la démocratie sanitaire. C'est son titre II. Il est marqué par un double mouvement de consécration des droits préexistants et la reconnaissance de droits nouveaux.

Droits individuels

Parmi les dispositions qui consacrent par la loi, le droit des malades : le droit fondamental à la protection de la santé, la garantie d'un égal accès de chaque personne aux soins appropriés, sans discrimination, la continuité des soins, le respect de la dignité du patient. Le droit à la protection de la santé était déjà reconnu dans le préambule de la constitution de 1946, le respect de la dignité a également une valeur constitutionnelle depuis 1994 et était inclus dans la charte du patient hospitalisé.

La loi reconnaît des droits nouveaux, largement provoqués par la jurisprudence. Tout d'abord les droits à l'information et au consentement sont renforcés. C'est la décision qui sera la plus « opérante ». Mais il existe aussi le droit au soulagement de la douleur, celui de refuser les traitements ou d'en demander l'interruption, de désigner une personne de confiance, de rédiger des directives anticipées pour faire connaître ses souhaits quant à sa fin de vie, le droit à l'indemnisation garanti etc.

Mais ces droits de base sont souvent sinon bafoués du moins mis en péril. L'accès aux soins est limité par la raréfaction, la spécialisation, et le coût de l'offre. L'information est sujette à caution (affaire du Médiateur), la confidentialité est perturbée par la mise en place du Dossier médical personnalisé et le développement du numérique, le consentement est difficilement « éclairé » faute de formation.

Droits collectifs

La Loi de mars 2002 a également introduit le concept de droit collectif, en institutionnalisant la concertation et en prévoyant la représentation des associations d'usagers dans les instances hospitalières et de santé publique.

Cette participation des usagers au système de santé est l'objet des chapitres III et IV de la loi. Elle a évolué au fil des années. Après la loi HPST, des représentants d'usagers sont présents dans la nouvelle Conférence régionale de la

santé et de l'autonomie (CRSA), les conférences de territoires et dans les conseils de surveillance des ARS. Leur présence est établie dans des instances *ad hoc* des établissements de santé et dans les conseils d'administration des établissements publics. Il existe dans chaque hôpital une Commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge (CRUQPC).⁽⁶⁸⁾ Et se développent des lieux d'information, des Maisons des usagers qui, gérées par le mouvement associatif, servent de support à sa présence dans les établissements de santé. En 2008, 17 % des hôpitaux accueillent ce type de structures.

Au total la présence des usagers est requise dans au moins 25 types d'instances différentes, incluses au sein des établissements publics de santé, des caisses primaires d'assurance-maladie, des instances participant aux politiques régionales de santé publique.

Cet aspect de la démocratie sanitaire est lui aussi remis en question. Comme le relève une note de L'Institut de Recherche sur la Gouvernance⁽⁶⁹⁾, « représentation collective et participation restent aujourd'hui encore un défi ». La légitimité et l'efficacité des espaces de concertation et de co-pilotage, de leurs compétences, de leurs objectifs et des modalités de dialogue qu'ils sont censés impulser, sont-elles établies ? La représentation des usagers est-elle qualifiée, légitimée, entendue et leur participation ne s'apparente-t-elle pas uniquement à « la recherche d'une forme de « bénédiction » pour des décisions difficiles et à la construction d'un apparent consensus entre un certain nombre d'acteurs afin de mieux assumer ces décisions ? »⁽⁷⁰⁾.

La représentation des usagers en difficultés

On attendait de « 2011, année des patients et de leurs droits » la réponse à certaines de ces questions et, pour les plus optimistes, de nouvelles avancées notamment sur une question essentielle, la place et les moyens donnés à la représentation de ces usagers. Le Collectif interassociatif sur la santé (CISS) juge, en effet, à l'épreuve des faits, que les moyens de cette participation ne sont pas au rendez-vous :

1) d'abord en termes d'organisation des travaux car on a souvent l'impression d'une délibération de pure forme dans le cadre des commissions des CRSA, alors que la

⁶⁸ Dans les hôpitaux dépendant de l'AP-HP (Paris) la CRUQPC avait été sollicitée 5742 fois en 2008 par des patients ou leurs familles. Le premier motif concernait la qualité des traitements et des soins.

⁶⁹ Institut de recherche et débat sur la Gouvernance, « la démocratie sanitaire en question », Juin 2010.

⁷⁰ Intervention d'Etienne Caniard lors du colloque du Collectif interassociatif sur la santé, « participation des usagers dans les établissements de santé : des principes aux expériences, des expériences aux principes », Paris, janvier 2009.

décision a en fait déjà été prise par le pouvoir administratif détenu par les ARS ;

2) ensuite en termes de moyens alloués à la participation associative qui doit pouvoir, si l'on veut faire vivre cette « démocratie sanitaire », reposer sur un financement minimum apporté par les pouvoirs publics ... de la même façon qu'ils peuvent l'apporter aux autres acteurs du monde de la santé ou à d'autres champs de la société civile. On en est encore très loin quand on voit que les représentants des usagers doivent trop souvent batailler pour être par exemple remboursés de leurs frais de transport. »⁽⁷¹⁾.

Cette dimension a été relevée dans le premier des trois rapports préparatoires remis au Ministre en février 2011. Le rapport de MM Ceretti et Albertini⁽⁷²⁾ avance l'idée de la création d'un fonds de la démocratie sanitaire financé par une augmentation du forfait hospitalier

Des droits souvent méconnus

Droit au respect de la dignité de la personne, principe de non discrimination, droit à l'information, au consentement, accès au dossier médical, droits de fin de vie, etc., il revient, depuis 2004, à la Conférence nationale de la santé et de l'autonomie (CNSA) d'élaborer chaque année un rapport sur le respect des droits des usagers du système de santé. Pour ce faire, la CNSA s'appuie sur les rapports que lui adressent les Conférences régionales de santé. En 2008 et 2009 le système a fonctionné. En 2010 c'est une étude particulière sur les refus de soins qui a été rédigée, la moitié des conférences régionales n'ayant pas livré de rapports. Dans ses recommandations, le rapport 2009 insistait sur le droit à l'information, la promotion des droits, la recherche de moyens pour les faire respecter.

Les trois rapports remis en février 2011 au Ministre en ouverture de l'année du droit des patients⁽⁷³⁾ sur lesquels s'appuie la réflexion aujourd'hui vont aussi dans ce sens.

Le premier pose notamment la question du financement de la démocratie sanitaire et note que les droits des patients ont progressé tout en restant insuffisamment connus et lisibles par manque de promotion. Un son-

dage BVA confirme ce jugement. Il révèle que plus de la moitié des Français n'a jamais entendu parler du droit des patients, et que 70 % n'ont guère idée de ce que ce terme peut signifier. De même méconnaissent-ils les dispositifs pouvant les aider à faire reconnaître leurs droits. A contrario, si les droits sont présentés un par un ils sont jugés bien respectés et bien appliqués.

Le second rapport concerne les nouvelles attentes du citoyen, acteur de santé. Il se penche sur les évolutions de l'organisation des soins et le développement de l'usage des nouvelles technologies.

Le sondage BVA montre que ces attentes sont faibles, « beaucoup de Français, écrit BVA, souhaitant de "nouveaux droits" en fait déjà existants dans la Charte du patient hospitalisé », alors que la question était ouverte. Ces attentes concernent la participation à la gestion médicale et sont suivies des questions liées aux coûts de santé, puis celles de la qualité des soins et enfin du respect et la dignité du patient.

Je souhaite...

BVA a établi un classement des droits qui semblent importants aux patients.

1. *Le droit de recevoir des soins pour soulager la douleur*
2. *Le droit au respect de ma dignité et de mon intimité*
3. *Le droit de n'être victime d'aucune forme de discrimination dans l'accès à la prévention et aux soins*
4. *Le droit d'être informé sur les circonstances et les causes d'un accident médical*
5. *Le droit au respect de ma vie privée et au secret des informations médicales me concernant*
6. *Le droit d'être indemnisé en cas d'accident médical*
7. *Le droit d'avoir directement accès à mon dossier médical*
8. *Le droit de choisir librement mon médecin et mon établissement de santé*

La bientraitance en difficulté

Le dernier rapport, aborde la question de la bientraitance et la qualité de service à l'hôpital. Il montre comment cette notion nouvelle dans les rapports soignants-soignés est liée aux évolutions de l'exercice professionnel (organisation, cloisonnement, prééminence du technique, contraintes budgétaires) et celles des connaissances (presse, internet) du patient et de son entourage. « La relation privilégiée du soignant avec le malade et ses proches peut être mise en cause dit le rapport : le lien de confiance risque de se distendre et même se rompre. S'éloignant des idéaux qui ont le plus souvent guidé son orientation professionnelle, confronté aux dif-

⁷¹ Avis du CISS publié dans « Le Lien Mutualiste », N° 119, août 2011.

⁷² Bilan et propositions de réformes de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, rapport présenté par Alain-Michel Ceretti et Laure Albertini au Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé 24/02/2011.

⁷³ Outre le rapport de la mission « Faire vivre le droit des patients » précité, il existe un rapport sur « La bientraitance à l'hôpital » confié à Michelle Bressand, Michel Schmitt et Martine Chriqui-Reinecke et un rapport sur « Les nouvelles attentes du citoyen acteur de santé », confié à Emmanuel Hirsch, Nicolas Brun et Joelle Kivits.

ficultés démographiques, économiques, techniques, le soignant risque de perdre progressivement le « sens » de son engagement, le sens du soin ; il devient de plus en plus demandeur de valeurs et d'une humanisation de son exercice professionnel». C'est ce que disait, avec la même force, la vice-présidente de la Coordination nationale des hôpitaux de proximité quand elle déclarait : « Le travail d'équipe, les compétences, le savoir-faire ne résistant pas aux logiques managériales »⁽⁷⁴⁾.

L'Espace « droit des usagers » du Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé s'ouvre sur un « Édito » cosigné du Ministre Xavier Bertrand et de Nora Berra, Secrétaire d'État chargée de la Santé. Il affirme de sa responsabilité « de faire en sorte que chaque usager du système de santé connaisse mieux ses droits et que la participation des usagers, dans les instances de santé, soit renforcée au niveau collectif. » Disons Chiche ! Alors que ces droits sont quotidiennement bousculés. De la réforme des soins psychiatriques d'un côté, pour ce qui concerne les droits individuels, à la réforme des hôpitaux qui accentue les inégalités d'accès aux soins⁽⁷⁵⁾, des sans-papiers pauvres qui doivent désormais payer pour obtenir l'Aide Médicale d'État, aux dépassements d'honoraires passés de 25 % du tarif opposable en 1990 à 54 % en moyenne en 2010, il est effectivement souhaitable que les patients se lèvent pour affirmer leurs droits.

⁷⁴ Françoise Nay, dans l'Humanité du 25 mai 2011.

⁷⁵ Distances et temps d'accès aux soins en France métropolitaine, Études et Résultats, N° 764, DRESS, juin 2011.

Prison/Santé ?

Par Michel Katchadourian

Traiter le sujet, « la prison et la santé » pourrait paraître paradoxal tant les deux mots paraissent antinomiques. Pourtant la réalité n'est pas si évidente que cela voir parfois contradictoire !

Rappelons quand même pour l'anecdote que « La maison d'arrêt de la Santé », ou plus simplement « la prison de la Santé ou la Santé », est une prison Parisienne située dans le 14^e arrondissement. On comprend mieux les termes dans le jargon du milieu « On va se refaire une santé » ou « je sors de l'hôpital » pour signifier aux « ami(e)s » que l'on rentre ou sort de prison !

Pour les visiteurs et visiteuses de prisons le problème N° 1, n'est pas l'accès aux soins type médecine de ville ! Un nivellement s'opère : par le bas pour les détenus en cols blancs, voir les pontes du milieu habitués à des soins de haut niveau, par le haut pour les SDF, les sans droits les exclu(e)s des soins qui paradoxalement se refont une santé en prison !

Le système de soins en prison est aussi, directement lié à la situation géographique de l'établissement pénitentiaire et à l'équipe qui le dirige ! Les hospitalisations, les consultations et les examens spécialisés demeurent difficiles à obtenir, hors les situations d'urgence vitale. Dans les cas d'urgence vitale, seuls les très grands établissements pénitentiaires disposent d'une équipe médicale présente nuit et jour tous les jours de la semaine. Ailleurs, il faut faire appel aux dispositifs classiques, SMUR, pompiers etc., avec les aléas de la régulation, le signalement étant alors le fait du personnel pénitentiaire de surveillance. Dans les autres cas, l'hospitalisation, les consultations et examens spécialisés connaissent des délais importants, dus à la fois aux difficultés proprement pénitentiaires, accompagnement, escortes, véhicules, et à la disponibilité des services hospitaliers, surchargés, les prisonniers n'étant en général pas les premiers sur la liste d'attente.

Christiane de Beaurepaire, responsable du service médico-psychiatrique de Fresnes pendant quinze ans, à l'hôpital pénitentiaire et dans la prison, a essayé de soigner des détenus, de plus en plus nombreux à avoir besoin de psychiatres. « *Je ne suis pas sûre que dans les autres pays de l'Europe il y ait de tels vases communicants entre l'hôpital psychiatrique et la prison* ». Car c'est bien sûr le champ de psychiatrie que les carences et les problèmes sont les plus dramatiques ! Elle n'a jamais hésité à pous-

ser des coups de gueule pour dénoncer la psychiatrisation des prisons et son manque de moyens, son inquiétude face aux dangers du « populisme pénal », qui conduit de plus en plus de gens en prison, et à la rétention de sûreté, qui maintient enfermés des prisonniers estimés dangereux à la fin de leur peine dans « *cette machine à exclure et parfois à éliminer* » qu'est la prison.

Comment soigner en prison ? Pourquoi tous ces malades et ces pauvres en prison ? Christiane de Beaurepaire donne une réponse froide et économique : « *80 euros le prix de journée en prison contre 600 à l'hôpital. A ce prix-là, on rêverait, au ministère de la santé, d'emprisonner les cardiaques, les infectés, les diabétiques, les vieux.* » Il y a toujours eu des malades mentaux en prison. Mais les médecins « aliénistes » du 19^e siècle ont su distinguer, au sein des prisons, les « malades » des autres, créant ainsi l'ébauche de la psychiatrie et introduisant dans le code pénal l'article 64 traitant de « l'irresponsabilité pénale » de ces malades.

Le Droit moderne a conservé les principes fondamentaux du Droit romain :

- en premier lieu, pour que l'auteur d'un crime ou d'un délit soit puni -ou du moins punissable-, il faut naturellement que la loi désigne le fait reproché comme crime ou délit (nullum crimen sine lege), et prévoit une peine contre son auteur (nulla poena sine lege);
- mais il faut aussi, et c'est là où la médecine mentale est concernée, que l'acte soit intentionnel, c'est-à-dire commis en conscience et volonté, et que son auteur soit capable de comprendre et vouloir.

Or, un prévenu en état de démence, ou selon une formule plus moderne, atteint d'un trouble psychique ou neuropsychique, peut être reconnu comme incapable de comprendre et vouloir, incapable d'avoir une intention délictueuse ou criminelle (au sens juridique). La Justice décide alors que l'auteur du crime ou du délit n'est pas punissable :

- si l'irresponsabilité est constatée pendant l'instruction, et que le juge estime il n'y a pas lieu de poursuivre cet auteur, celui-ci bénéficie alors d'un non-lieu (décision prise par le juge d'instruction).

Précisons ici que non-lieu ne signifie pas que l'acte n'a pas eu lieu, qu'il n'a pas été commis, mais qu'il n'y a pas lieu de poursuivre son auteur. Mais on a tout de même pu dire que cette négation « annulait l'acte du sujet », et de

ce fait que «le travail de réparation ne pouvait pas avoir lieu» (M.N. Vacheron, 1993) ;

- si l'irresponsabilité est constatée au cours du procès, l'auteur du crime ou du délit bénéficie d'un acquittement ou d'une relaxe (décision prononcée par la juridiction de jugement : dans le cas de l'acquittement, par la Cour d'Assises, dans le cas de la relaxe, par le Tribunal Correctionnel).

En 1992, l'article 122-1 reconduit le principe de l'irresponsabilité pénale des délinquants et criminels dont le discernement était aboli pour des raisons psychiques au moment des faits. Mais ce principe est aujourd'hui largement remis en cause par la pratique pénale, qui s'articule désormais autour du concept de responsabilisation, en dépit des dangers que recèle cette notion pour les droits des malades.

Des chiffres inquiétants !

L'évolution de la population carcérale et du nombre de places en France est la suivante:

- En 2006: 50 207 places opérationnelles pour 60 771 écroués, soit une densité de 121 %.
- Juillet 2007: 50 557 places opérationnelles pour 61 810 écroués soit une densité de 122 %.
- 1^{er} juillet 2008: 64 250 détenus. Le nombre de places n'était pas indiqué à cette date, la densité ne peut pas être calculée, elle était néanmoins de 126 % en juin 2008, un record absolu. En septembre 2008, l'ancienne garde des Sceaux Elisabeth Guigou estimait le nombre de places au 1^{er} juillet 2008 à 50 610.

Selon une enquête épidémiologique menée sur un échantillon représentatif de 800 détenus, 75 % d'entre eux présentent des troubles psychiatriques - ce chiffre brasse large, des troubles les plus légers aux plus sévères. Et 17 % des troubles psychotiques, signes de maladie mentale - dont 7 % de schizophrènes, soit sept fois plus que dans la population en général. 66 % présentent une dépression, qui est parfois simplement liée à la détention en soi. 16 % ont déjà été hospitalisés en psychiatrie avant la prison. 15 % ont eu affaire à la psychiatrie étant enfants. 28 % déclarent avoir subi des maltraitances de nature physique, psychologique ou sexuelle. 30 % ont eu un membre de leur famille condamné à de la prison. 38 % étaient toxicomanes et 33 % avaient des problèmes avec l'alcool à leur arrivée en cellule. 40 % des hommes et 62 % des femmes présentent un risque suicidaire.

La Commission Européenne de Prévention de la Torture (CPT) note que la prise en charge médicale des détenus particulièrement surveillés, des détenus souffrant de maladie mentale et le traitement des cas de douleur aiguë font que « le traitement médical se trouve perverti et devient dégradant ». Les DPS sont notamment constamment menottés au lit d'hôpital et ne peuvent consulter un médecin sans présence policière. Le CPT observe également que lors de ses visites en 2006 : « *Les patients présentant des états de souffrance aiguë étaient placés dans l'une des cellules d'isolement, traités sous contrainte si nécessaire, et obligés de rester nus en cellule, soumis à un contrôle visuel régulier du personnel pénitentiaire. Il ne fait aucun doute aux yeux du CPT qu'une telle situation s'apparente à un traitement inhumain et dégradant pour le patient concerné (et est également dégradante pour le personnel concerné)* ».

En raison, du délabrement de la psychiatrie publique, qui ne soigne plus les personnes les plus susceptibles de passer à l'acte de plus en plus de malades se retrouvent en prison. On a réduit le nombre de lits, mais on n'a pas développé les nécessaires structures intermédiaires. Et l'on a abandonné les grands malades mentaux. En bout de course, ils arrivent en prison après des ruptures de soins. La prison sert de cache-misère. C'est bien l'asile du XIX^e siècle, où se mêlaient les fous, les criminels et les pauvres. L'importance de la présence de troubles psychotiques est particulièrement inquiétante car leur nombre en grande augmentation laisse entrevoir un traitement carcéral de la maladie mentale à rapprocher avec la baisse des moyens de la psychiatrie. Ainsi la capacité des unités pour malades difficiles (UMD) s'élève à peine à 200 places tandis qu'on est passé, entre 1987 et 2000, de 83 000 à 40 000 lits disponibles en psychiatrie. Aux comportements d'automutilation s'ajoutent une centaine de suicides annuels (deux fois plus qu'il y a vingt ans), soit un taux de suicide cinq à six fois supérieur à la moyenne nationale (phénomène appelé « sursuicidité carcérale ») et l'un des plus élevés d'Europe.

La justice rend de plus en plus les malades mentaux responsables de leurs actes en retenant moins l'abolition du discernement au moment de l'infraction que la simple «altération», qui ouvre la voie à la prison. Comme on sait que la psychiatrie délabrée pourra difficilement prendre en charge les malades authentiques et dangereux, on les envoie en prison, où ils seront «un peu» soignés ! Et mis hors d'état de nuire, pour un temps. Mais on peut craindre qu'ils n'en ressortent aussi malades et dangereux qu'à leur entrée, sinon plus. Une véritable histoire de fou, insoluble dans notre société libérale en quelque sorte !

Les brèves des Cahiers

Les dépenses militaires sont incompatibles avec le développement de la santé

Le Bureau International de la Paix⁽⁷⁶⁾ a pris l'initiative d'organiser une première journée internationale sur les dépenses militaires le 12 avril dernier, jour de la publication des chiffres du SIPRI⁽⁷⁷⁾ sur les dépenses militaires mondiales. Ces données permettent d'actualiser le rapport 2011 du GRIP⁽⁷⁸⁾ qui porte sur l'évolution des dépenses de 1998 à 2009. Des rassemblements se sont tenus dans le monde entier pour exiger de « désarmer pour développer » (voir sur le site de BIP). Il y a de quoi quand on apprend que les dépenses militaires mondiales atteignent des sommets fabuleux alors que les besoins les plus élémentaires de l'humanité ne sont pas satisfaits et que, même dans les pays « riches », la pauvreté s'étend. Même en ces années de crise (financière, économique et sociale), ces dépenses ont continué à augmenter : toujours plus de dépenses militaires pour toujours moins de sécurité humaine, et toujours des moyens financiers plus qu'insuffisants pour résoudre les problèmes de l'humanité, y compris pour faire face aux défis du XXI^e siècle : crises énergétique, écologique...

1. Tendances générales, de 1998 à 2010

Évaluées à 1 515 milliards en 1988, peu avant la fin de la Guerre froide, les dépenses militaires mondiales ont chuté régulièrement jusqu'en 1998, année où elles s'établissaient à 993 milliards de dollars, le niveau le plus bas de la période 1988-2010. Après cette très forte baisse, la tendance est à un accroissement général des dépenses militaires dans toutes les régions du monde. Selon le SIPRI, pour l'année 2010, correspondent à environ 220 dollars par habitant, elles sont estimées à 1 630 milliards en hausse de 1,3 % en termes réels par rapport à 2009, mais de 59 % depuis leur point le plus bas de 1998. Les dépenses militaires mondiales de 2010 sont donc revenues à un niveau supérieur de 4,2 % à celui qu'elles avaient avant la fin de la guerre froide.

Les dépenses militaires US, en hausse de +88 % depuis 1998, principalement en raison des dépenses massives engagées depuis 2001 pour les opérations militaires en Irak et en Afghanistan sont la principale explication de la hausse massive des dépenses militaires mondiales, dont ils représentent à eux seuls 43,4 % du total. Pékin a

annoncé un budget en hausse de 12,7 % pour ses forces armées en 2011. Avec 107,5 milliards de dollars en 2010 pour ses dépenses militaires, la Chine se place au second rang devant la France et le Royaume-Uni, mais toujours loin derrière les États-Unis qui dépensent six fois plus que Pékin dans ce domaine, malgré une armée une fois et demie moins forte en nombre.

Portée par l'Inde qui domine de loin l'ensemble des six États de la région, la hausse a été en Asie du Sud de +83 % de 1998 à 2009. New Delhi a ainsi augmenté ses dépenses militaires de 13 % en 2009, pour atteindre la somme de 36,3 milliards de dollars. De ce fait, l'Inde se place à la neuvième place des États les plus dépensiers en termes militaires au niveau mondial.

Les dépenses militaires des pays du Moyen-Orient s'établissent à 111 milliards de dollars en 2010, en hausse de 2,5 % par rapport à 2009, mais de 57,3 % depuis 1998. L'Arabie saoudite consolide sa position de leader dans la région avec 39,3 milliards de dollars de dépenses militaires en 2009. Israël occupe la deuxième position avec 14,3 milliards de dollars.

On pourrait se réjouir d'apprendre que l'Europe a réduit son effort de défense de 2,8 % en 2010, une tendance qui devrait se confirmer pour les années qui viennent, avec les annonces de coupes dans les budgets militaires en Allemagne, au Royaume-Uni, en Italie et plus globalement, dans les pays contraints de remettre de l'ordre dans leurs finances publiques. Cependant, avec 435,5 milliards de dollars en 2010, et cinq pays de l'Union européenne figurant parmi les 15 États du monde les plus dépensiers en termes militaires, c'est encore 27 % des dépenses mondiales. Enfin notons que, si, hors pensions, le budget français de la Défense pour l'année 2010 s'élevait à 46 milliards de dollars, en augmentations de 6 % sur 2009, qu'il s'élève à 44,7 milliards de dollars en 2011 et qu'il devrait se maintenir à ce niveau en 2012 et 2013, les dépenses militaires réelles de notre pays se sont élevées à 96,4 milliards en 2009. De record en record, les dépenses militaires mondiales atteignent la somme extravagante de 1 630 milliards de dollars, une augmentation de 6 % par rapport à 2009.

Les armements nucléaires continuent à représenter un poids très important dans les budgets militaires des neuf puissances nucléaires. Du fait de la relance de la course aux armements, conséquence du rejet par les dirigeants français, US et israéliens de l'adoption d'une convention d'élimination de ces armes de destruction massive, le monde connaît les ripostes de la Chine et de la Russie au projet de missiles anti-missiles occidental et les risques de prolifération. On n'est plus dans l'accumulation de

⁷⁶ Bureau International de la Paix : créé en 1892, prix Nobel de la Paix en 1910 ; www.ipb.org

⁷⁷ SIPRI : Stockholm International Peace Research Institute ; www.sipri.org

⁷⁸ GRIP : Groupe de Recherche et d'Information sur la Paix et la Sécurité ; www.grip.org

missiles et de têtes nucléaires comme axe central de cette course mais dans la recherche de sophistication, de précision, d'adaptation technologique aux besoins nouveaux (il en est de même dans le domaine des armes conventionnelles) notamment pour les conflits et crises où les occidentaux interviennent (drones, munitions à uranium appauvri...).

2. Les ventes d'armes ont progressé en 2009 de 14,8 milliards de dollars et atteignent le seuil des 401 milliards. Par rapport à 2008, cela représente une hausse de 8 %

En Côte d'Ivoire, en Libye, en Syrie, au Bahreïn, au Yémen, en Afrique et au Moyen-Orient, et ailleurs, d'où viennent les armes qui sont utilisées dans les guerres civiles, dans les affrontements entre clans pour le pouvoir, pour la répression des peuples en révolte, pour écarter les gouvernements démocratiquement élus par des coups d'Etat ? Sur 100 entreprises d'armement référencées par le SIPRI, 45 sont américaines et ont réalisé plus de la moitié des ventes de matériels militaires, avec 247 milliards de dollars de chiffre d'affaires en 2009. Les ventes des 33 entreprises européennes du classement s'élèvent à 120 milliards de dollars, soit 30 % environ de parts de marché. Les exportations d'armes françaises ont explosé en 2009 : + 21 %. Non seulement ces armements provoquent des destructions massives, des centaines de milliers de morts, d'orphelins, des violences contre les populations civiles, mais ce commerce des armes plombent les budgets de ces États pauvres au détriment des dépenses sociales pour l'eau potable, l'alimentation, l'éducation, la santé, le logement... Le commerce des armes est une atteinte directe à la sécurité humaine pour des milliards d'êtres humains.

3. Urgence de la mobilisation citoyenne pour une logique de paix dans les relations internationales

Sachant qu'un petit pourcentage des dépenses militaires des pays riches ferait, s'il était attribué de manière appropriée, une différence substantielle pour la lutte contre la pauvreté dans le monde en développement, personne ne peut contempler la montée des dépenses militaires annuelles sans s'en révolter et sans imaginer comment ce vaste trésor pourrait être utilisé différemment : pour sauver des vies, pour développer des collectivités humaines pauvres, développer les services publics d'éducation, de santé, la protection sociale, ..., protéger l'environnement, promouvoir les sources d'énergie renouvelables et plus encore. Les dépenses militaires ne sont certes pas « la » cause de la misère humaine. Bien sûr que c'est l'accaparement des richesses par une infime minorité au détriment du plus grand nombre dans le cadre de la mondialisation financiarisée avec sa logique globale d'exploitation et de domination. Mais leur rôle pour les puis-

sances occidentales est d'étayer ce système par une domination militaire fondée sur la dissuasion nucléaire ainsi que sur la menace d'utilisation de la violence armée et sur son utilisation. C'est pourquoi la logique des relations internationales est toujours une logique de la guerre. À Copenhague comme à l'ONU, l'expérience nous a appris que nous ne pouvons rien attendre des oligarchies qui nous gouvernent. D'où l'urgence d'une mobilisation citoyenne portant l'exigence de la paix et du désarmement comme une des matrices de cet autre monde auquel nous aspirons et travaillons et celle d'une instance de régulation des relations internationales mettant en œuvre les principes de la Charte des Nations unies. La première décision attendue n'est-elle pas d'asseoir dès aujourd'hui la sécurité sur une logique de réduction équilibrée des moyens militaires dans tous les domaines, jusqu'à l'élimination des armes nucléaires, réduction accompagnée d'une politique de destruction systématique des stocks, et de nationalisation des industries de l'armement pour un contrôle strict des transferts d'armement ?

Saignée d'emplois à l'hôpital

C'est Benz Stéphanie qui l'écrit dans *L'expansion* du 01 mai 2011 : « Depuis 2008, sous la pression budgétaire, les établissements publics ont supprimé des milliers de postes. Une politique d'économie drastique qui met les services sous tension sans résoudre, pour l'instant, la question des déficits. »

En 2009, les hôpitaux publics français ont vu leurs effectifs fondre de 9 800 postes sur un total de 762 790, selon la Fédération hospitalière de France (FHF). En 2008 une baisse de 1 800 emplois avait déjà été constatée. « Le ministère de la Santé assurait que nos établissements seraient épargnés par la Révision générale des politiques publiques et par la règle du non-remplacement d'un fonctionnaire sur deux partant en retraite. En réalité, on voit que nous payons un lourd tribut à cette politique », regrette Gérard Vincent, le délégué général de la FHF. C'est l'équivalent d'un départ en retraite sur quatre qui n'a pas été remplacé. Les « contrats de retour à l'équilibre » des hôpitaux se sont multipliés depuis 2009 avec à la clé des réductions d'effectifs. Les centres hospitaliers universitaires (CHU) sont les plus touchés, mais les hôpitaux plus petits ne sont pas épargnés non plus. Une forte montée de l'absentéisme accompagne ces réductions et aggrave la situation. Au niveau national, le gros des suppressions de postes a en effet concerné l'administration (presque 2000 emplois en moins), les services techniques (plus de 2 500 postes supprimés) et les agents hospitaliers (moins 5 300 emplois). Les effectifs d'infirmiers n'ont baissé « que » de 200 postes, et ceux d'aides-soignants ont augmenté de plus de 1 000. Tant les données collectées par la FHF que les annonces faites par un certain nombre d'établissements indiquent

que la baisse de l'emploi s'est poursuivie en 2010 et en 2011, voire amplifiée. Selon les chiffres de la Fédération hospitalière de France, révélés par *les Echos* (07/07/2011), le déficit 2010 des établissements de santé publics aurait été de 460 millions d'euros pour l'année 2010. En 2009, le trou était de 535 millions. Amélioration dans la gestion ? Peut-être, mais surtout les hôpitaux ont nettement coupé dans leurs principaux budgets, notamment la masse salariale. 10 000 départs n'ont pas été remplacés pour la seule année 2009. Des milliers de postes ont été supprimés encore en 2010. Ce que confirme Gérard Vincent, délégué général de la FHF, au quotidien économique « *il ne faut pas se voiler la face, la masse salariale représentant 68 % de nos coûts, la réduction des déficits s'explique surtout par des suppressions de postes.* » Une logique comptable et budgétaire dont l'impact sur le fonctionnement et la qualité des soins n'est pas mesuré.

Unedic : la nouvelle convention d'assurance chômage de 2011 grave dans le marbre la baisse des cotisations patronales !

Syndicats et patronat ont conclu l'accord sur la nouvelle convention d'assurance chômage, le 25 mars 2011. Si la satisfaction domine chez le patronat, il n'en est pas de même pour les chômeurs. « Nous n'accepterons pas d'augmentation des cotisations des employeurs et des cotisations des salariés », avait prévenu Laurence Parisot, présidente du Medef. Lors de la dernière séance de négociation sur l'assurance chômage, le patronat est allé au-delà de ses espérances : la baisse des cotisations sera inscrite dans le marbre de la prochaine convention. Les laborieuses discussions au sein de l'Unedic, organisme de gestion paritaire de l'assurance chômage entre le patronat (le Medef, CGPME, UPA) et les syndicats (CFDT, CFTC, CGT, FO et la CFE-CGC) se sont achevées par la reconduction des cadres de la convention de 2009. Un accord basé sur le principe « d'un jour travaillé, un jour cotisé » à partir de quatre mois de travail et pour une durée maximale de vingt-quatre mois qui conforte la revendication patronale de la baisse des cotisations, déjà présente dans la convention de 2009, à condition que les résultats d'exploitation de l'Unedic soient excédentaires de 500 millions deux semestres d'affilée et que la dette de l'organisme soit résorbée jusqu'à 4 milliards d'euros, sachant qu'elle s'élèvera à 11 milliards fin 2011.

Cette diminution à hauteur de 0,4 % pourrait intervenir dès 2015. Date à laquelle les comptes, prétend-on, devraient être en voie d'assainissement. La prise en

compte de la dette était exigée par les syndicats, échaudés par les propositions délirantes du patronat. En plein milieu des négociations, ce dernier avait demandé cette baisse sans aucune contrepartie en prétendant maintenir la compétitivité en réduisant le coût du travail. Pour Patrick Bernasconi, représentant du patronat, cette fin de négociation est un succès. « C'était un point extrêmement important pour nous, on voulait que ça devienne réalité », d'autant qu'il réussit à prolonger cette mesure jusqu'en 2016 au lieu de 2013, date de validité de cette nouvelle convention. Maurad Rabhi, négociateur pour la CGT, a regretté « un texte déséquilibré en faveur du patronat, qui vise à installer la baisse des cotisations dans le temps », tout en soulignant que cela priverait l'Unedic de près de 2 milliards d'euros. Pour faire passer la pilule, le patronat a dû mettre entre parenthèses le passage des bornes d'âge de 50 à 52 ans pour bénéficier de trente-six mois d'indemnisation et du recul de 61 à 62 ans pour demander le prolongement des droits à l'indemnisation en cas de trimestres insuffisants pour prétendre à la retraite. Ces concessions semblent avoir convaincu la majorité des syndicats. Laurent Berger, négociateur pour la CFDT, seul syndicat signataire de la convention de 2009, est plutôt satisfait. « Dans un contexte très compliqué et un peu idéologique, on est arrivé à un texte qui n'est pas le texte du siècle mais ne réduit pas les droits des chômeurs et même les améliore. »

Deux avancées sont toutefois saluées par l'ensemble des centrales syndicales. Le coefficient réducteur minorant les indemnités chômage des saisonniers est supprimé et il est désormais possible de cumuler la pension d'invalidité avec l'allocation de retour à l'emploi (ARE). 10 000 personnes seraient concernées. Marie-Françoise Leflon, représentante de la CFE-CGC, prétend : « on a amélioré la précédente convention sans en changer l'architecture ». Pourtant, cet abaissement des cotisations, déjà présent dans le précédent accord, comporte un risque majeur : celui de diminuer le montant des allocations chômage. Une décision paradoxale, quand le nombre de demandeurs d'emplois culmine à plus de 4 millions. Sans compter qu'un chômeur sur deux n'est toujours pas indemnisé. Dans ce contexte, l'accord se révèle peu ambitieux pour les privés d'emploi. La convention devait être ratifiée par la CFDT, CFTC, FO et la CFE-CGC. Seule la CGT a émis un avis défavorable.

Il est décisif que les forces alternatives, plutôt que de se résigner à un mauvais accord, travaillent à un véritable projet alternatif pour une réforme de progrès de l'indemnisation du chômage et du retour à un emploi de qualité, notamment à partir de la formation. Ce qui forcément implique une réforme de progrès du financement.

Les Slovènes rejettent massivement la réforme des retraites

Dans notre publication précédente nous avons montré que les luttes contre les réformes des retraites existaient comme en France, en Amérique du Sud. Cette fois-ci nous regardons en Europe de l'Est : malgré les exigences de l'Union européenne, les Slovènes ont rejeté par référendum le report de l'âge légal de la retraite : 72 % contre ! Adoptée par le Parlement en décembre dernier, la réforme avait suscité une bronca de l'opposition et des syndicats qui avaient obtenu l'organisation du référendum. C'est la mesure principale, prévoyant de reporter l'âge légal de la retraite de 63 à 65 ans, qui était mise en cause. La réforme était demandée par l'Union européenne et le FMI. Borut Pahor, premier ministre de centre gauche, à la tête de la coalition gouvernementale depuis 2008 poursuivra le gel des salaires dans la fonction publique et des pensions de retraite. Le pays a subi la crise de plein fouet : le PIB a reculé de près 8 % en 2009 et le taux de chômage a quasiment doublé en trois ans, passant à 8,2 % au premier trimestre 2011.

Retraites complémentaires : plus de 350 millions d'euros de déficit en 2010

Le problème des retraites n'a pas été réglé par la réforme Sarkozy comme nous l'avions prévu: les régimes de retraites complémentaires Agirc-Arrco des salariés du privé ont enregistré en 2010 un déficit global de plus de 350 millions d'euros. L'Arrco, a enregistré un résultat excédentaire de 355 millions d'euros. Ce résultat global est obtenu après prise en compte d'un transfert financier vers l'Agirc (régime complémentaire des cadres) et des produits financiers du régime (plus de 1,5 milliard d'euros). En ne tenant pas compte de ces transferts, le résultat de l'Arrco est déficitaire de 139 millions d'euros (contre un excédent de 900 millions d'euros en 2009). Cette dégradation est liée à une progression des dépenses du régime plus rapide que celle de ses ressources. L'Agirc a de son côté enregistré un déficit global de 709 millions d'euros.

Au total, le résultat global de l'ensemble Agirc-Arrco est donc déficitaire de plus de 350 millions d'euros. Les partenaires sociaux, qui assurent conjointement la gestion de l'Agirc-Arrco, ont signé un accord en mars pour tenter de limiter le creusement prévu de ces déficits dans les prochaines années. Ce texte (que la CGT et la CFE-CGC ont refusé de signer) a notamment aligné les bornes d'âge des régimes complémentaires sur celles du régime

de base après la réforme de novembre 2010 (reculs progressifs de l'âge légal de départ à 62 ans et de l'âge du taux plein à 67 ans à partir du 1er juillet 2011). Il a aussi baissé le rendement du régime des cadres (ce que rapporte en termes de pension les sommes cotisées) et prévu que les rendements des deux régimes, en chute ces dernières années, seraient stabilisés jusqu'en 2015.

HTA : un décret inacceptable pour des économies mortelles

Toute la profession médicale est ahurie par la décision du gouvernement en date du 26 juin dernier concernant la fin immédiate de la prise en charge à 100 % de l'hypertension artérielle (HTA). Citation : *«Le présent décret supprime de la liste des affections de longue durée figurant à l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale l'hypertension artérielle sévère, seule ALD à constituer un facteur de risque et non une pathologie avérée».*

Tout le monde l'a compris : il s'agit de faire des économies sur la santé des gens, plus précisément de réduire les cotisations patronales pour l'Assurance-maladie. Mais ce qui surprend le plus c'est la méthode et l'argumentaire. La méthode : c'est une décision administrative prise sans aucune concertation avec le corps scientifique et en contradiction avec tout ce qu'on sait sur cette maladie. L'argumentaire : l'HTA est un facteur de risque, pas une maladie en soi. De nombreux médecins se sont élevés contre ces affirmations stupides. Citons par exemple le Pr Joël Ménard, spécialiste français mondialement connu de cette maladie et ancien directeur général de la Santé. Citons encore le Dr Postel-Vinay de l'hôpital Georges Pompidou. Or selon la loi, une ALD est une affection, pas une maladie. On pourrait discuter longuement sur ce qu'est une affection, une maladie, un syndrome, un facteur de risque. Derrière ce vocabulaire inventé par les médecins, il faut savoir que ce sont toujours des patients qu'on soigne. Pas des maladies ! La prévention elle-même est indispensable : soigner une maladie, c'est toujours prévenir une aggravation ; ainsi l'HTA non soignée est un facteur de risque d'infarctus du myocarde, d'accident vasculaire cérébral, d'insuffisance rénale, de troubles de la vision, d'artériopathie des membres inférieurs etc. La baisse de la pression artérielle moyenne de la population française au cours des 25 dernières années, a été associée à une diminution progressive et constante de la mortalité et de la morbidité cardiovasculaires. C'est un fait. Dire que l'HTA n'est pas une pathologie avérée est une ânerie sans nom. Qui a pu conseiller un tel argument ?

L'hypertension artérielle concerne 10 à 12 millions de personnes en France. Au moins un tiers des malades

ont besoin de plusieurs médicaments pour abaisser suffisamment leur pression artérielle. 4 millions de patients, souvent pris en charge à 100% eu égard la sévérité de leur situation, ont une tension difficile à contrôler ou ont déjà une complication. Rappelons d'abord que la démonstration de l'efficacité de la prise en charge de l'hypertension artérielle n'est plus à faire. La sécurité des antihypertenseurs est mondialement et très solidement établie. On parle donc ici des conséquences possibles d'un décret qui limite le remboursement de médicaments et d'actes médicaux ayant fait leur preuve, en clair qui sauve des vies et des handicaps. Comme l'a écrit le Pr Ménard : « Manque d'évaluation préalable et décision autoritaire lourde pour les malades Pour prendre ce type de décision, il a fallu omettre de revoir la littérature médicale mondiale. »

Même sur le plan économique, nous sommes devant une absurdité : dans quelles mesures cette disparition de l'hypertension sévère de la liste des ALD va-t-elle engendrer des économies ? Les dépenses seront assurées par les mutuelles complémentaires lorsque les patients auront les moyens de se les payer. Certaines personnes arrêteront de se soigner, nous en avons l'expérience. L'HTA mal contrôlée se solde des années plus tard par la survenue d'accidents graves, certains mortels d'autres d'évolution chronique, dont la prise en charge est coûteuse. Autant dire que le traitement immédiat apporte des bénéfices très importants sur une échelle de dix ans. Demain on paiera cher les décisions d'aujourd'hui. Sans parler des souffrances physiques et morales qui ne semblent pas peser lourd auprès des technocrates. L'estimation a-t-elle été faite ? Les données épidémiologiques en France démontrent que ce sont les populations les plus démunies qui payent le plus lourd tribut aux maladies cardiovasculaires, dont l'hypertension artérielle. Que vont devenir les patients qui ne pourront plus s'acheter chaque jour leur traitement ?

A l'heure où l'on se plaint de voir que des dysfonctionnements d'institutions sanitaires publiques de contrôle ont permis l'usage de médicaments dangereux comme le Médiateur, on voit se mettre en place des décisions sournoises dont les effets ne seront pas visibles immédiatement et qui provoqueront la mort demain : HTA sévère : un risque de décès en 6 ans accru de 4,5 démontré par la recherche universitaire à partir des bases de données de la Caisse d'Assurance-maladie des Travailleurs Salariés. Nul ne pourra dire qu'il n'était pas au courant !

Les notes de lecture

Note de lecture de Paul Cesbron (juillet 2011) :

« Le temps de l'altruisme »

Éditions Odile Jacob – 2009, de Philippe Kourilsky

Philippe Kourilsky, biologiste savant, aurait-il enfin percé le mystère de la persistance des inégalités et découvert les mécanismes permettant d'affranchir les humains de ce qui subsiste en eux de volonté de puissance, de criminelles tendances à l'écrasement des plus faibles ? Non, modestement l'avoue-t-il, malgré les magnifiques outils scientifiques que nous nous sommes si laborieusement confectionnés, nous sommes curieusement incapables d'apporter les bonnes et durables solutions aux injustices scandaleuses qui tuent et mutilent désormais plus d'individus qu'il n'y en avait sur terre voilà seulement un peu plus d'un siècle.

Mais notre auteur ne se résigne pas. Comme tout scientifique, il n'échappe pas aux questions que posent les conséquences de ce que nous nommons le progrès scientifique, cette soif de connaissances qui nous fait vivre, et notre incapacité à générer plus de justice. Et s'il a bien conscience de l'impossibilité de résoudre seul ce qui ne peut trouver de réponses que dans une réflexion et une démarche collectives, il ne nous en propose pas moins une piste méthodologique, fruit d'un travail personnel.

Objets ordinaires et objets de science

Aujourd'hui, nous dit-il, on doit pouvoir soumettre ces questions d'égalité d'accès à l'alimentation, à l'eau, à l'énergie, à l'éducation, à la santé ... aux mêmes outils que les objets de science. C'est clair répond-il, il n'existe pas de différence de nature entre les différentes catégories d'objets : objets qu'il qualifie d'« ordinaires » : une table, un pain, un crayon et un objet de science : molécule, virus, phénomène pathologique, loi de la gravitation universelle ...

C'est donc en vertu d'une perception inadéquate de la réalité que nous ne parvenons pas à résoudre collectivement les problèmes majeurs de l'humanité. Et non en raison d'un égoïsme congénital. A la possibilité d'« une agrégation possible des points de vue individuels », devraient faire suite de vraies solutions. Mais, nous dit l'auteur, il faut alors poursuivre la réflexion en termes de responsabilité. Ce qu'il nomme l'« altruisme rationnel », éventuellement étendu à la collectivité, et qui ne relève pas de l'utopie mais bien de la raison.

Après avoir rappelé qu'« un objet de science, comme la mécanique quantique, peut fort bien échapper, en partie du moins à l'intuition et que seul le raisonnement permet l'accès à ces réalités », et, non seulement, a des construc-

tions théoriques, Philippe Kourilsky avance avec force démonstration qu'il en est de même pour les « objets ordinaires », jusqu'aux plus complexes qui le préoccupent. Il n'hésite d'ailleurs pas à citer Jacques Bouveresse, son collègue du Collège de France, pour conforter ce propos : « J'ai tendance à penser que la réalité, la réalité physique en tout cas, ne nous a pas attendus pour exister, et que même si nous n'existions pas, elle aurait encore exactement les propriétés qu'elle a. » (Le Philosophe et le Réel).

Ainsi, s'« il n'existe pas de discontinuité entre objets de science et objets ordinaires », nous pouvons accéder à la compréhension des « objets » économiques et sociaux. Or, « grâce à ses processus de validation, la science produit plus de consensus que de dissensions », même, et il en convient, si cet accord, aussi provisoire, soit-il, peut être obtenu plus facilement dans les sciences fondamentales que dans les sciences humaines.

Dans le cas des « objets ordinaires », la documentation encyclopédique, accessible désormais à tous, permet d'en préciser la structure et la situation en particulier économique et sociale. La confrontation des points de vue individuels devrait dès lors parvenir à une validation.

Il nous faut cependant, si l'on veut modifier l'état du monde, en rendre sa perception et sa « compréhension » accessibles à tous et non aux seuls chercheurs ou experts et permettre ainsi « l'action immédiate ». La pluralité des points de vue rend nécessaires l'échange et la discussion et fonde la démocratie comme outil des transformations auxquelles souhaite participer l'auteur.

Ainsi, elle évite la menace permanente qu'entraîne toute tentative holistique de compréhension du monde : conception globale et fermée des relations humaines.

Altruisme rationnel et libertés

Reste le principal sans doute : « la responsabilité des hommes » : est-il possible que « tous [puissent] unanimement reconnaître [...] une norme universelle » ? (Jürgen Habermas, 1996, *Morale et Communication*), reprend l'auteur.

L'éthique, nous dit alors Philippe Kourilsky, est la condition de ce dialogue universel. Il ne suffit pas de savoir pour bien agir, la réflexion éthique est incontournable et doit être collective si l'on veut porter remède à nos injustices.

Après avoir soumis le « contenu d'un être humain » à la méthode d'exploration des « objets ordinaires », autrement dit étant moi-même un observateur actif sur l'objet observé, ce qu'ont mis en évidence et théorisé Galilée et Albert

Einstein, à propos des objets scientifiques, « *je ne peux observer l'autre sans m'observer moi-même* », ce que l'auteur nomme « *approche introspective* ». Cette analyse aboutit à la notion de valorisation du « *capital reçu* » par l'individu en « *capital produit* » par lui-même, s'inspirant en partie des travaux de Pierre Bourdieu. Elle permet ainsi à l'individu d'apprécier son « *rapport au monde* ». Et par là même d'élargir par la seule activité de sa raison, Philippe Kourilsky y tient, « *son horizon, d'en déplacer les bornes, non de tout voir, mais de voir un peu plus, un peu mieux et différemment* ». Et ainsi d'aiguiser son sens des responsabilités, en saisissant « l'autre » comme objet d'étude et par là sa relation à l'autre.

Poursuivant sa théorisation du lien au monde, l'auteur, tenant du libéralisme, si l'on s'en tient à ses déclarations, en arrive à cette constatation rationnelle « *que si les libertés individuelles sont un droit imprescriptible de l'individu, elles sont alors fondatrices de mon devoir d'altruisme* ». Et de reconnaître que la pauvreté générée par le « libéralisme économique » est en fait une véritable privation de liberté. La suite s'impose et interroge les rapports entre justice et liberté à travers les différents régimes économico-politiques inventés jusqu'alors par les humains. On peut à ce propos s'étonner de la quasi-absence de toute référence aux travaux critiques de Karl Marx sur le capitalisme et le formalisme des libertés dans les démocraties dites bourgeoises, ainsi qu'à la réflexion philosophique d'Emmanuel Levinas à propos de la « difficile liberté » et de « l'hospitalité comme fondement de l'éthique ». En effet, nos « devoirs » sont-ils liés aux droits irrédicibles à nos libertés ou n'en sont-ils pas consubstantiels ? Autrement dit, ma liberté s'arrête-t-elle où commence celle de l'autre, ou ma liberté ne procède-t-elle pas plutôt de celle de l'autre ? Ce que semble d'ailleurs défendre Philippe Kourilsky : mes « *libertés sont construites grâce à celles des autres* ». « *Altruisme et libertés individuelles sont indéfectiblement complémentaires* ». Et pour être plus précis, l'auteur affirme que l'altruisme est étranger à « *l'espoir de réciprocité* » et radicalement différent de la générosité. Il se distingue de « l'amour du prochain » et ne procède pas de la morale mais de la rationalité scientifique. Philippe Kourilsky tient à nouveau à affirmer sa volonté de rester sur le terrain qui est le sien. Aussi paradoxal que cela puisse paraître, n'est-ce pas « un rêve modeste et fou » qu'entretient ce professeur du Collège de France qui connaît les impasses du positivisme et les richesses infinies de la vie psychique ? Toutefois, l'affirmation que « *le devoir d'altruisme, parce qu'il s'origine dans les libertés individuelles, érige celui-ci comme impératif universel* » justifie bien la plus grande attention, d'autant qu'elle implique une « *certaine conception de la justice entre les hommes* ». Enfin, la méthode ayant abouti à cette notion de responsabilité individuelle, est transposable à l'éche-

lon collectif. Se pose la question « *d'éventuels conflits entre libertés individuelles et collectives* », étant entendu que la nation constitue à ses yeux le groupe social aujourd'hui le plus légitime pour traiter des problèmes planétaires. Comment bâtir des consensus à l'échelle d'une nation, qui ne relève pas du modèle de démocratie représentative et de ses modes de scrutin qui imposent à une large minorité, les décisions d'une bien faible majorité obtenue dans des conditions très éloignées de la méthodologie proposée par l'auteur ?

Certes celui-ci reconnaît que la raison n'est pas le seul moteur de l'action : « *l'homme a besoin d'ombre pour échapper à la folie* ». Quelles sont alors les conditions qui paraissent rendre réalisables ses propositions ?

Un libéralisme altruiste

La résolution des problèmes du monde passerait par l'obtention de consensus, identiques à ceux obtenus par la méthode scientifique. Elle implique une éthique considérée comme impératif universel : l'altruisme rationnel. Celui-ci nécessiterait alors « *l'aménagement d'éventuels déséquilibres entre libertés individuelles et libertés publiques* ». Soulignons à ce propos qu'il en est ainsi dans nos démocraties occidentales pour des raisons diamétralement opposées aux propositions de Philippe Kourilsky : celles de la concurrence « libre et non faussée ». Il conviendrait nous dit-il, de revenir aux « *racines culturelles de l'individualisme* » et de s'interroger sur le triangle « *raison-intérêt-passion* ». Curieux retour à Thomas Hobbes (1651). Mais, nous rassure-t-il, n'est-ce pas la raison qui prévaut en dernière analyse ? Cependant il faut admettre qu'à ce jour la « *plupart des théories économiques sont étrangères à l'altruisme* ». Pourtant « *l'introspection rationnelle que je conduis sur moi en tant qu'objet conduit à modifier le périmètre et donc la valeur que comme individu je lui attribue* ». Plus généralement « *l'introspection rationnelle peut amener l'agent économique que je suis à changer de comportement et à attribuer une autre valeur à un ou plusieurs objets* ». « *L'altruisme en tant que système de pensée individuelle à vocation collective serait donc susceptible d'avoir un impact sur la pensée et la théorie économique en tant que telle* ». A l'opposé, « *homo economicus est une caricature d'homme réel et constitue une déviation, sinon une perversion de la pensée d'Adam Smith, parce qu'elle n'intègre pas l'altruisme* ».

Poussant la logique de son raisonnement, l'ancien Directeur Général de l'Institut Pasteur affirme que dans « *la théorie économique néo-classique, l'État, à l'extrême, impose aux citoyens sa conception et sa gestion des biens publics* ».

Se méfiant par ailleurs des mécanismes des organismes internationaux, l'auteur insiste à nouveau sur la

légitimité du niveau national. Il n'hésite pas, également, à nous mettre en garde contre l'instrumentalisation de la générosité devenant alibi moral et cache-misère des théories économiques qu'il est nécessaire de rebâtir sur des bases altruistes rationnelles.

Dès lors, on ne manque pas d'être surpris par la modestie des conclusions d'une démonstration si bien étayée.

L'expérience des partenariats Public/Privé prônée par Philippe Kourilsky mériterait en effet d'être mieux explorée. Jusqu'alors de telles collaborations semblent plutôt faire les beaux jours du seul Privé au détriment du Public. Si ce n'est pas le cas, le privé a assez rapidement tendance à s'en dégager.

L'expérience de la solidarité générée par le Sida serait également un bel exemple. Toutefois l'analyse paraît faire abstraction du fait, à nos yeux principal, qu'une telle volonté commune et qui n'a cessé de s'élargir, s'est bâtie dans un premier temps sur la pugnacité, la lutte, dont le moteur était la défense de la dignité des malades et la nécessité de mobiliser toutes les forces possibles pour obtenir leur guérison et la prévention de cette affection mortelle.

On pourrait donc ne pas comprendre que Philippe Kourilsky milite activement pour un « *libéralisme altruiste* », tant semble antinomique le système économique dont il dresse le procès avec une sévère lucidité et l'altruisme lui-même.

Rationaliste, il n'en reconnaît pas moins l'idéalisme de son plaidoyer.

Mais après tout, qui peut penser que les transformations du monde nécessaires aux progrès de la justice et de la paix, souhaitées à n'en pas douter par la grande majorité de la population, puissent se bâtir sans sa participation libre, c'est-à-dire consciente et rationnelle.

Note de Michel Katchadourian (mai 2011) :

« Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser »

Le conflit sur la retraite a mis en lumière une dégradation générale des conditions de travail. Une enquête européenne publiée en novembre 2010, réalisée auprès de 44 000 travailleurs, indique que plus de 40 % d'entre eux ne seront pas en mesure de faire le même travail à

60 ans. Ce taux monte à plus de 60 % pour les ouvriers. C'est un fait, les conditions de travail se dégradent pour la très grande majorité des salariés. L'augmentation du nombre d'accidents du travail, l'explosion du nombre des troubles musculo-squelettiques, la multiplication des suicides en sont les témoignages violents. Cette dégradation générale met en évidence une grande inégalité face au travail et à sa pénibilité. La question des « conditions de travail » est très directement liée à celles de l'emploi et des salaires. L'exigence d'une rentabilité financière accrue des entreprises se traduit par une recherche de productivité plus grande pour chaque collectif de travail et chaque salarié.

Pénibilité ou invalidité ?

Suite à la contre-réforme des retraites, les décrets sur les conditions de départ en retraite dans le cadre du dispositif pénibilité ont été publiés au Journal Officiel le 31 mars. Aujourd'hui donc, la loi et ses décrets viennent installer un dispositif qui se résume à un régime « d'invalidité bis » et qui concernera un nombre réduit de bénéficiaires. Pour en bénéficier à compter du 1^{er} juillet prochain, les personnes devront présenter un taux d'incapacité de 20 % et celles ayant un taux entre 10 et 20 % devront prouver une durée d'exposition à un facteur de risque, égale à 17 ans minimum. Sont exclues les personnes sans reconnaissance d'un taux d'incapacité à 60 ans (par exemple pour les cancers d'origine professionnelle) et les personnes qui ont été exposées à des facteurs de risque mais pour une durée inférieure à 17 ans, ainsi que celles qui ont de multiples pathologies sans que l'une d'elles n'atteigne un taux de 10 %. Aujourd'hui, comme hier, des travailleurs exposés à des facteurs de pénibilité vont continuer à mourir bien avant d'autres catégories sans même pouvoir profiter de leur retraite.

Des attaques multiples

Dans le même temps les parlementaires de droite et le gouvernement s'unissent pour attaquer la médecine du travail déjà sérieusement mise en difficulté par des années d'abandon et la main mise des patrons. Le scandale de l'amiante est là pour nous rappeler cette réalité. Ce sont aussi l'inspection du travail et les CRAM qui ne disposent pas aujourd'hui des moyens humains et financiers pour contrôler efficacement les entreprises. Il y a urgence à donner aux travailleurs les moyens d'être protégés et une médecine du travail indépendante. Dans ce domaine également les situations sont très inégalitaires : si, à 35 ans, un cadre peut espérer vivre sans incapacité jusqu'à 69 ans, un homme qui a été ouvrier toute sa vie active subira une incapacité à 59 ans... et son départ en retraite à 60 ans limite la durée d'une fin de carrière très douloureuse... et évite aux employeurs d'avoir des salariés en incapacité d'assurer normalement leur travail.

Les facteurs de pénibilité

Parmi les facteurs de pénibilité on va trouver :

- les contraintes physiques : les manutentions de charges lourdes, les gestes répétitifs sous cadence élevée, les contraintes articulaires et posturales, les vibrations transmises aux membres supérieurs par des machines, etc
- les contraintes d'environnement : l'exposition au bruit, le travail au froid ou à la chaleur, l'exposition à des produits mutagènes, cancérogènes ou reprotoxiques, à des poussières ou fumées ou des rayonnements ionisants
- les rythmes de travail : le travail de nuit, le travail posté en horaires décalés et alternants, les déplacements hors domicile, etc
- les contraintes psychiques : l'exposition à un risque d'agression physique, les exigences du travail

Les risques psychosociaux dans cette situation font l'objet d'un rapport volumineux de l'INSEE qui mérite notre attention. Ce Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail, fait suite à la demande du Ministre du travail, de l'emploi et de la santé à Philippe Askenazy, Christian Baudelot, Patrick Brochard, Jean-Pierre Brun, Chantal Cases, Philippe Davezies, Bruno Falissard, Duncan Gallie, Michel Gollac, Amanda Griffiths (membre associée), Michel Grignon, Ellen Imbernon, Annette Leclerc, Pascale Molinier, Isabelle Niedhammer, Agnès Parent-Thirion, Daniel Verger, Michel Vézina, Serge Volkoff, Annie Weill-Fassina. La rédaction de ce document a été assurée par Michel Gollac et Marceline Bodier à partir des discussions du Collège et de documents élaborés par différents membres du collège et par les auteurs des revues de littérature.

« Le rapport engage les membres permanents du Collège et traduit un consensus, sauf lorsqu'il est fait mention d'opinions minoritaires. Il ne saurait engager les membres à titre consultatif, ni, bien entendu, les auteurs des revues de littérature non membres du Collège et les personnalités auditionnées. Il n'engage pas non plus l'Insee ni les institutions auxquelles les membres du Collège appartiennent. »

But du rapport : extraits

« Le souhait, formulé par le Ministre du travail, de disposer, sur les risques psychosociaux, d'un système de suivi, notamment statistique, pertinent et efficace, est très largement partagé. L'intérêt des dirigeants politiques, économiques et syndicaux est pleinement justifié par l'importance des risques psychosociaux au travail en tant qu'enjeu de santé publique ». « Le Collège estime pertinent de prendre en considération les risques psychosociaux au travail, entendus comme risques pour la santé mentale, physique et sociale, engendrés

par les conditions d'emploi et les facteurs organisationnels et relationnels susceptibles d'interagir avec le fonctionnement mental. La notion est opérationnalisée de manière différente par les différentes disciplines, en fonction de leurs propres concepts et théories. » « Le domaine d'investigation d'un suivi des risques psychosociaux au travail doit comprendre en premier lieu l'environnement organisationnel et sa perception par les personnes au travail. Sa description doit être aussi exhaustive que le permettent les contraintes techniques et économiques. » « Le passé en termes de risques psychosociaux est également déterminant, ainsi que les incidents douloureux de la Carrière et de la vie. ». « La gravité des conséquences de certaines expositions dépend de leur durée. Il est nécessaire de disposer d'une évaluation de la durée, de la répétitivité et de la chronicité des facteurs de risque. »

« Il paraît très utile et peu coûteux de mesurer quelques variables, en nombre limité, relatives à la trajectoire familiale, scolaire et professionnelle. Les facteurs de risque présents et passés sont au cœur du dispositif. Mais il est hautement souhaitable de compléter leur observation par celle de la situation et de l'organisation de l'entreprise, des dispositifs de prévention des facteurs psychosociaux de risque (prévention primaire, secondaire et tertiaire) ainsi que par une description sommaire de l'état de santé. » « Le suivi doit inclure les salariés de la Fonction publique au même titre que les salariés des entreprises. Il doit aussi inclure les indépendants. Un document complémentaire relatif aux travailleurs indépendants sera publié ultérieurement. Il est également souhaitable de ne pas exclure les travailleurs exerçant une activité légale, mais de façon dissimulée. » « Les facteurs psychosociaux de risque au travail mis en évidence par la littérature scientifique peuvent être regroupés autour de six axes. Ils sont relatifs :

- à l'intensité du travail et au temps de travail,
- aux exigences émotionnelles,
- à une autonomie insuffisante,
- à la mauvaise qualité des rapports sociaux au travail,
- aux conflits de valeurs
- à l'insécurité de la situation de travail.

« L'autonomie au travail désigne la possibilité pour le travailleur d'être acteur dans son travail, dans sa participation à la production de richesses et dans la conduite de sa vie professionnelle. Comme la « latitude décisionnelle » du questionnaire de Karasek, elle inclut non seulement les marges de manœuvre, mais aussi la participation aux décisions ainsi que l'utilisation et le développement des compétences. La notion d'autonomie comprend l'idée de se développer au travail et d'y prendre du plaisir. »

« Les rapports sociaux au travail sont les rapports entre travailleurs ainsi que ceux entre le travailleur et l'organisation qui l'emploie. Ces rapports sociaux doivent être exa-

minés en lien avec les concepts d'intégration (au sens sociologique), de justice et de reconnaissance. Ils ont fait l'objet de modélisations partielles, dont les mieux validées sont le « soutien social » (modèle de Karasek et Theorell), « l'équilibre effort-récompense » (modèle de Siegrist) et la « justice organisationnelle ». Les rapports sociaux à prendre en compte comprennent les relations avec les collègues, les relations avec la hiérarchie, la rémunération, les perspectives de carrière, l'adéquation de la tâche à la personne, les procédures d'évaluation du travail, l'attention portée au bien-être des travailleurs. Les pathologies des rapports sociaux comme le harcèlement moral, doivent être prises en compte. »

« Une souffrance éthique est ressentie par une personne à qui on demande d'agir en opposition avec ses valeurs professionnelles, sociales ou personnelles. Le conflit de valeurs peut venir de ce que le but du travail ou ses effets secondaires heurtent les convictions du travailleur, ou bien du fait qu'il doit travailler d'une façon non conforme à sa conscience professionnelle ».

L'insécurité de la situation de travail comprend l'insécurité socio-économique et le risque de changement non maîtrisé de la tâche et des conditions de travail.

« L'insécurité socio-économique peut provenir du risque de perdre son emploi, du risque de voir baisser le revenu qu'on en tire ou du risque de ne pas bénéficier d'un déroulement « normal » de sa carrière. Des conditions de travail non soutenables sont aussi génératrices d'insécurité. Des incertitudes susceptibles de créer une insécurité peuvent aussi porter sur l'avenir du métier ou l'évolution des conditions de travail. De telles craintes peuvent être motivées par l'expérience de changements incessants ou incompréhensibles. »
« Tous ces risques existent aussi bien pour les travailleurs salariés que pour les travailleurs non salariés, bien qu'ils prennent des formes différentes Comment procéder ? Propositions du rapport de l'INSEE ?

« L'interrogation des employeurs pourrait, en ce qui concerne les contraintes et les choix organisationnels, prendre pour base de départ l'enquête conditions de travail, combinée avec les propositions du projet européen Meadow. Elle porterait sur les contraintes pesant sur l'entreprise du fait de son statut ou de son marché ; son passé récent en termes de fusions, acquisitions, restructurations ; la division interne et externe du travail ; le degré de centralisation ; les outils de coordination et de contrôle ; l'implantation de dispositifs organisationnels spécifiques ; les technologies de l'information et de la communication ; la gestion des ressources humaines ; l'existence de difficultés de recrutement ; les formes d'aménagement du temps de travail ; les dispositifs d'ajustement du volume de travail ; les formes de représentation des salariés ; le climat social. »

« En ce qui concerne les dispositifs de prévention, elle pourrait prendre pour base de départ l'enquête conditions de travail, combinée avec l'enquête ESENER de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail. Elle examinerait les principaux aspects de la prévention primaire : l'implication de la direction et des responsables opérationnels dans la prévention des risques psychosociaux ; la formation des managers à cette prévention ; le rôle du CHSCT ; l'existence d'un plan de prévention ; les dispositifs d'évaluation des risques ; les procédures spécifiques de traitement de ceux-ci ; la consultation des salariés sur le traitement des risques ; la négociation sur les conditions de travail ; les appuis dans l'évaluation et le traitement des risques. Les aspects de la prévention secondaire étudiés seraient les procédures permettant de traiter la violence au travail, le harcèlement, la discrimination et le stress au travail ; la formation et l'information des salariés sur les risques psychosociaux ; l'information des salariés sur les personnes à consulter en cas de problèmes ayant une origine psychosociale liée au travail ; l'assistance confidentielle à des salariés confrontés à des problèmes ayant une origine psychosociale liée au travail. La prévention tertiaire serait examinée à travers le repérage et le signalement de salariés en situation de risque psychologique ou ayant des comportements addictifs et l'assistance qui leur est proposée. »

« En ce qui concerne la santé physique, l'auto-évaluation de l'état général, la fatigue, les troubles du sommeil, les absences pour maladie et la survenue d'accidents de travail sont des données souhaitables. » « le WHO5 proposé par l'OMS pour évaluer le degré de bien-être, dont le rapport temps de passation-efficacité paraît être le meilleur. » « Les questionnaires peuvent être complétés par une brève interrogation portant spécifiquement sur le bien-être et le mal-être au travail ».

La situation et la méthode proposée

« Actuellement, le système français d'enquêtes sur le travail est de grande qualité, mais incomplet. L'information sur les facteurs psychosociaux de risque est fragmentée et manque d'exhaustivité. Elle n'a pas été conçue en vue d'une synthèse. Enfin la fréquence des informations est trop faible, en comparaison des standards étrangers et internationaux. »
« La France n'est pas dans une situation qui imposerait de construire une enquête dans l'urgence, ce qui nuirait à la qualité de celle-ci. Par contre, en s'appuyant sur son expérience et sur les expériences étrangères et internationales, le système statistique public français a les compétences pour mettre en place un dispositif atteignant le plus haut niveau de qualité au plan international et cohérent avec les enquêtes déjà existantes. »
« Le Collège estime qu'actuellement, seule la Dares, avec le concours de la Drees, dispose des compétences nécessaires pour piloter, avec l'appui de l'INSEE, du service statistique de la DGAFP, du monde de la recherche et des organismes de veille sanitaire, les opérations qu'il juge

nécessaire. ». « L'enquête auprès des travailleurs doit être réalisée par entretiens, de préférence en vis-à-vis. Cette enquête doit être confiée à un réseau d'enquêteurs professionnels de haute qualité, par exemple celui de l'INSEE. L'enquête auprès des entreprises, si elle est retenue, peut être postale. ». « L'échantillon de la nouvelle enquête sur les risques psychosociaux devra avoir des caractéristiques analogues à celui de l'enquête sur les conditions de travail (20 000 à 25 000 individus). ». « En ce qui concerne le caractère chronique ou répétitif des facteurs de risque, l'interrogation rétrospective est utile, mais ses résultats sont délicats à interpréter. Une interrogation en panel prospectif s'impose pour obtenir une mesure aussi objective que possible des expositions continues ou répétées. L'enquête en coupe instantanée doit être accompagnée d'un suivi en panel sur neuf ans au minimum. »

Le besoin d'un suivi statistique des risques psychosociaux au travail ne se fait pas sentir uniquement au niveau national. Mais le Collège suggère de ne mettre en œuvre une étude statistique des facteurs psychosociaux de risque dans une entreprise (un atelier, un service, un métier...) qu'après avoir débattu collectivement de son intérêt et de ses objectifs au regard des interventions de type clinique ; de préciser ses finalités et de leur adapter les outils d'observation ; d'impliquer tous les acteurs concernés dans toutes les phases de l'opération ; si des variables retenues par le Collège pour des outils nationaux sont retenues, d'évaluer leur pertinence dans le contexte étudié, et s'il y a lieu de les compléter par des items plus directement adaptés au contexte local ; de ne pas négliger, en cas de comparaison éventuelle entre résultats « locaux » et nationaux, les effets des contextes d'enquête ; d'assurer la confidentialité des informations recueillies.

Comment procéder ? Propositions du rapport de l'INSEE

« L'interrogation des employeurs pourrait, en ce qui concerne les contraintes et les choix organisationnels, prendre pour base de départ l'enquête conditions de travail, combinée avec les propositions du projet européen Meadow. Elle porterait sur les contraintes pesant sur l'entreprise du fait de son statut ou de son marché ; son passé récent en termes de fusions, acquisitions, restructurations ; la division interne et externe du travail ; le degré de centralisation ; les outils de coordination et de contrôle ; l'implantation de dispositifs organisationnels spécifiques ; les technologies de l'information et de la communication ; la gestion des ressources humaines ; l'existence de difficultés de recrutement ; les formes d'aménagement du temps de travail ; les dispositifs d'ajustement du volume de travail ; les formes de représentation des salariés ; le climat social. »

Note de lecture de Jean-Luc Gibelin (juin 2011) :

« La prise de position du Conseil National des Retraités et Personnes Âgées »

Le positionnement du CNRPA traite des différents aspects de la perte d'autonomie.

Il pose d'emblée une définition de la compensation qui lève la barrière d'âge. Le CNRPA pose la définition de la compensation de la perte d'autonomie : Une prestation en plus de la couverture des besoins de soins et en plus des revenus de remplacement éventuellement nécessaires.

Le CNRPA insiste sur le caractère complémentaire de la prestation. Concernant la gouvernance, le CNRPA la définit comme de proximité avec une égalité de traitement territorial. Il propose que la perte d'autonomie soit dans le champ de la protection sociale géré par la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA). Au passage, le CNRPA préconise de revoir la tarification des établissements.

Au niveau du financement, le CNRPA fait les préconisations suivantes :

- Le cadre de la solidarité nationale.
- L'intervention des produits d'assurance collective ou individuelle possible sous condition qu'elle soit encadrée, labellisée et au-delà des financements publics.
- Rejet du recours sur succession ou le gage sur patrimoine.

Le CNRPA insiste ensuite sur la prévention et sur la situation des aidants

Il réaffirme que la prestation doit être sans distinction d'âge.

Commentaire : Il faut mesurer que le CNRPA est une instance du ministère de la santé. Il est composé des associations de personnes âgées et retraités. Ce n'était pas acquis que cela se conclue par un texte opposé aux orientations gouvernementales. Ce positionnement est le résultat d'un équilibre. C'est un point d'appui avec l'affirmation du cadre de la solidarité nationale. La concession aux produits d'assurance est faite avec des conditions. L'affirmation de l'abandon de la barrière d'âge est aussi un grand point d'appui.

Note de lecture de Paul Cesbron (juillet 2011) :

« Le privé peut-il guérir l'hôpital ? »

de Jean-Loup Durosset, 2010, Ed. Nouveaux Débats Publics

Jean-Loup Durosset, auteur de cette forte interrogation, ne manque en tout cas pas d'audace et recourt sans trop de difficulté à la provocation « amicale ».

Administrateur du secteur privé, son système de défense passe par une stratégie offensive drapée de belles certitudes et de généreuses déclarations. Le secteur privé, nous dit-il, sait aussi bien travailler, il sait venir au secours des plus nécessiteux, et mieux encore, il faut lui reconnaître l'excellence de sa gestion. Ainsi nous dit-il, pourrions nous coopérer, privé et public, à un même objectif : la qualité des soins, pour tous, et aux conditions économiques les plus compatibles avec le budget de l'Etat.

N'est ce pas respectable ?

On ne peut rêver de plus louables intentions. Même si, à y regarder d'un peu près, elles semblent assez précisément soutenues par les déclarations de nos ministères de tutelle.

Soulignons d'entrée l'abondance et l'éclectisme des références de soutien à sa démonstration. Des premiers théoriciens du capitalisme aux fonctionnaires de la Chine populaire, tous sont convoqués à cette réconciliation universelle du public et du privé.

Un système de Santé (presque) exemplaire

Premier temps de l'analyse : un bref rappel au premier prix attribué par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à notre dispositif sanitaire. Tout le monde l'envie, à commencer par ce nouveau géant économique qu'est la Chine. Ce pays, après les sacrifices consentis par son peuple afin de lui permettre de découvrir la prospérité, aspire désormais à la justice, sanitaire en particulier. Comme la France. Tout irait donc au mieux si nous savions compter. Or, depuis plus de 30 ans, notre système de santé dilapide ses biens. L'auteur ne s'attarde pas sur les causes du « déficit de la Sécurité Sociale » désormais gérée au titre des dépenses publiques. Reconnaissons que cette transformation de facto du statut de cet organisme créé en 1945, et qui garantissait ses recettes sur la production des richesses, protégeant sa gestion en l'isolant du budget de l'Etat, semble pour son malheur admise par de nombreux courants politiques. Monsieur Durosset peut donc sans crainte les reprendre à son compte et assimiler (p. 29) notre protection sociale au modèle bismarckien (!), y compris d'ailleurs appuyer sa démonstration sur la déna-

turation en cours d'achèvement de la Sécurité Sociale et se féliciter au passage de la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Qu'importe, les Chinois sont fort intéressés par notre protection sociale et veulent à l'avenir soigner les ouvriers et les paysans aussi bien que ceux qui les exploitent. Ils ont besoin d'une solide main-d'œuvre : « *c'est dans cet esprit que fut créée la Sécurité Sociale* » (p. 17). Voici pourquoi la Fédération Hospitalière Privée (FHP) « s'intéresse à la Chine... et réciproquement » : il s'agit de faire cohabiter au mieux les intérêts de tous, le public et le privé. Tout le génie de l'organisation des soins en France résiderait dans cette subtile recette. Le vieil Empire du Milieu va donc faire appel au jeune et dynamique secteur privé pour « *renover son parc hospitalier* » (p. 21) et ainsi assurer à tous des soins de qualité. C'est clair, Jean-Loup Durosset ne manque pas d'ambition. Et après tout c'est au peuple chinois de décider de son sort.

En fait, comme Georges Remi (Hergé), dans le Lotus Bleu, ce rapide détour par Shanghai n'a finalement pour but que de nous ramener à bon port après nous avoir enseigné quelques leçons d'humanité.

Beau comme le Titanic

Or, notre beau vaisseau « Santé », au sommet de la gloire, est menacé de naufrage. Citoyens, pas de panique, « *l'hospitalisation privée est une chance pour la France* » : elle a su construire un contre-pouvoir, pas seulement pour s'opposer aux tentations hégémoniques du secteur public, mais bien pour construire un pôle d'excellence, facteur d'émulation concurrentielle. Nous y sommes !

Evidemment, Jean-Loup Durosset n'insiste pas trop sur le reste à charge pour les patients, trois fois supérieur en moyenne en clinique privée lucrative, si l'on s'en tient aux chiffres publiés par la Fédération Hospitalière de France (FHF). Il n'évoque guère non plus la destruction déjà très avancée du secteur privé associatif et familial, participant d'ailleurs fréquemment au service public hospitalier (PSPH), et aujourd'hui investi par le secteur privé à but lucratif. Rappelons-lui également, s'il en est besoin, que les bénéfices du privé lucratif sont obtenus par le financement de la Sécurité Sociale de ses recettes. C'est le cas également des bénéfices des firmes pharmaceutiques.

« *Nous faisons mieux, moins cher, avec un meilleur accueil, une plus grande considération du malade et un souci de progrès* » nous dit le Président de la Fédération Hospitalière Privée (p. 25)

« Accusé, levez-vous »

Ainsi, sans ironie, ni malice, l'auteur de ce texte exemplaire peut-il proposer « *un audit bienveillant à l'hôpital*

public » pour lui permettre de « *mieux s'organiser* ». Celui-ci n'étant pas dépourvu de nombreux défauts, c'est à partir d'un procès en bonne et due forme que vont s'organiser les recommandations du secteur commercial.

Comme il se doit dans une telle procédure, il faut rappeler que l'origine de l'accusé est fort suspecte. L'hôpital public (qui remplace alors l'hospice) est porté sur les fonds baptismaux par Philippe Pétain qui lui donne par surcroît un personnel médical spécialisé (p. 31). Une telle paternité ne peut bien sûr mener qu'à la catastrophe. L'histoire n'est peut-être pas le point fort de notre écrivain. Quoi qu'il en soit, il voit dans la création de la Sécurité Sociale une aubaine pour le secteur privé (p. 33) : « Les classes moyennes sont au pouvoir » et la Sécurité Sociale ouvre ainsi la voie à une forme de libéralisme économique au service du patient. Adam Smith et Karl Marx, même combat ! Le contrat social français serait ainsi totalement dépendant de la modulation des tarifs (grâce à l'intervention des complémentaires, élément essentiel de justice sociale). Il n'est donc pas nécessaire d'être historien pour être un excellent penseur : « Sans les riches, les pauvres seraient perdus » (p. 37).

D'ailleurs, le privé est plus bienveillant que le public : on ne peut pas être bien soigné, à l'hôpital public, lorsqu'on est pauvre !

De telles vérités sont évidemment réconfortantes pour notre procureur. « On ne touche pas au sacro-saint public, paré de toutes les vertus ». Jean-Loup Durosset n'en est pas moins un démocrate : il est « *contre le tout-privé* ». Pas d'ambition hégémonique. Dans l'immédiat, le public est nécessaire.

Mais revenons à l'Histoire et laissons le vieux marchand en paix.

C'est le 30 décembre 1958 que sont réellement créés les Centres Hospitaliers Universitaires et le statut de praticien hospitalier. Il faut alors choisir entre pratique publique et exercice privé. Salubre, ce statut n'est toutefois pas aussi vertueux qu'il y paraît. Le caractère discriminatif et inégalitaire de l'activité libérale à l'hôpital public est justement dénoncé par Jean-Loup Durosset : notre guérillero se laisse un peu aller.

Au diable de telles pratiques, la justice progresse par la loi du 31 décembre 1970 qui permet alors au secteur privé de participer au secteur public hospitalier. On l'a vu, il s'agit en fait exclusivement du secteur associatif dont les difficultés financières l'identifient en effet au secteur public et entraînent sa disparition à terme.

Bienheureuse Loi Hôpital-Patient-Santé-Territoires

Si l'on s'en tient aux chiffres de l'auteur, le secteur privé, dans sa totalité, contrôlerait déjà 57% de la chirurgie, sa capacité d'accueil en nombre de lits est située aux alentours de 20%, il assure à lui seul environ le tiers des soins. C'est bien l'illustration, nous rappelle l'auteur, du caractère incontournable du secteur privé dans la santé. Mais alors pourquoi une telle insistance ? Des menaces pèseraient-elles sur l'avenir de cet honorable secteur ? Il ne semble pourtant pas. Actif, influent, inventif, très attentif à la gestion de son patrimoine dont le financement est principalement assuré par les cotisants salariés de la Sécurité Sociale, tout ne va-t-il pas pour le mieux ? En effet, depuis 1996, l'autorisation de créer des Groupements de Coopération Sanitaire (GCS) entraîne une collaboration réussie (p. 50). La loi Hôpital/Patient/Santé/Territoire (HPST) est d'ailleurs venue accroître le cadre juridique de ces groupements qui peuvent désormais être de statut privé et étendre leur champ d'action aux soins, jusqu'à devenir des établissements de santé de plein droit.

Ingrate République !

Eh bien, en dépit des objectifs clairement affirmés de cette loi du 2 juillet 2009, le Président de la Fédération Hospitalière Privée est inquiet. Ce qui domine nous dit-il, c'est l'injustice, plus précisément l'impunité dont bénéficie toujours le public. Il peut dépenser sans compter, alors que le privé « paie immédiatement ses mauvaises décisions » (p. 52), « le dépôt de bilan guette les cliniques et frappe régulièrement ».

Claude Evin lui-même est cité pour rappeler la nécessité de fermeture de 147 sites de chirurgie publique, inutiles, dangereux et coûteux. L'Etat hésite toujours à les fermer : il hérite ses prodiges enfants.

Alors que « le privé, loin de démériter, est le plus vertueux de la fratrie ». En effet, public et privé étant toujours, quoi qu'il en coûte, enfants de la République.

Oui, cette mère libertaire et égalitaire, préfère l'un de ses fils. Elle continue à refuser au privé, malgré son opiniâtreté, ce qu'elle confie au public : les services d'urgence, la chirurgie des greffes, et bien d'autres... La défiance à l'égard du privé est la règle (p. 57). Agence Régionale de Santé (ARS) et Caisses d'Assurance-maladie (CAM) s'entendent comme larrons en foire pour maintenir la suspicion à l'égard du mercantilisme libéral.

On ne peut que féliciter Jean-Loup Durosset pour sa roublardise : Nicolas Sarkozy ne tiendrait pas ses promesses, il créerait des structures qui maintiennent quoi qu'il en dise l'hégémonie du public. « *Pas de vraie concu-*

rence, pas de liberté d'installation des cliniques, pas de liberté d'activités, de recrutement, de tarification... »

Au fond, notre gouvernement n'est pas libéral. Notons au passage qu'au sujet de la santé, le terme de libéral serait devenu « *archaïque* » (p. 117). « *Mieux vaudrait parler de médecine de ville, de famille ou de proximité* ». Etre libéral, c'est « *replacer l'homme au centre de l'économie* » (Henri Bartoli, p.100). Quant aux défenseurs de la justice, ils seraient en fait inéluctablement du côté de la contrainte bureaucratique et ainsi contre les libertés, finissant un jour ou l'autre dans l'incurie.

Le procédé est classique, un coup à droite, un coup à gauche, vive l'apolitisme.

Une salubre Restauration

Une telle ambition vertueuse finit toujours par retomber où il faut. Ainsi la loi HPST, élaborée par « *concertation, débats et échanges* », « *va permettre à l'hôpital public d'opérer sa mue* », nécessaire à sa survie.

Les ARS, en réintroduisant une « *démocratie sanitaire* », en donnant aux directeurs d'établissements « *l'opportunité de se conduire en véritables managers* », « *patrons* », pour reprendre l'expression utilisée par Nicolas Sarkozy, selon le modèle du New Public Management (nouvelle gestion publique), mis en application avec « bonheur » par Madame Thatcher en 1980 (p.63), en substituant à la « *bureaucratie professionnelle* » une « *adhocratie* » (Henri Mintzberg, p.147) vont pouvoir « *permettre de promouvoir l'innovation* », et sortir les hôpitaux publics de l'ornière. Il suffit, comme ils ne cessent de le préconiser fraternellement aux hôpitaux publics, d'adopter le mode de gestion des hôpitaux privés en évoluant vers la « convergence des modes de financement public/privé ».

Pour conclure, l'esprit de responsabilité du secteur privé de la santé irait bien jusqu'à se proposer de prendre la direction de l'ensemble des affaires sanitaires du pays. Par fraternité républicaine et attachement à la diversité démocratique, il se contentera dans l'immédiat de s'attacher à la « concurrence libre et non faussée », justifiée par le devoir qu'il s'est fixé de « *distribuer quelques dividendes à ses actionnaires* » (p.117).

Après avoir passé en revue les tares innombrables du public : centralisateur, facteur d'inégalités d'accès aux soins, de désertification sanitaire, y compris de dépassements scandaleux d'honoraires, d'adulation des médecins, la liste n'est pas close, le privé dans un bel élan de générosité permettant de « redonner une place au patient » (p.157), de le « mettre au centre de nos préoccupations » (p. 218), fait vingt propositions au public.

Il s'agit « *de faire de l'économie de santé un marché à part entière* » (p.211). Nous y voilà !

Audit, financement des hôpitaux de proximité par les communes, management hospitalier, mutualisation, contractualisation, place des patients, participation du privé à l'enseignement, anglicisation, formation en économie de santé, rémunération liée à la compétence, classement et transparence des complémentaires santé ... avec en prime la suppression du *numerus clausus* (bravo !), de l'internat, des classements... Le tout inspiré par la philosophie d'Edgar Morin. Excusez du peu.

Jean-Loup Durosset ne manque ni de références, ni même d'imagination pour défendre avec allégresse le secteur privé.

Il semble surtout avoir bien compris qu'aujourd'hui plus que jamais les vents lui sont très favorables et qu'il faut pousser ainsi aussi loin que possible les avantages que l'on peut en tirer.

Note de Jean-Luc Gibelin (juillet 2011) :

Lecture & Analyse critique de la motion d'Europe Ecologie les Verts Sur la perte d'autonomie

Il s'agit d'un texte adopté fin mai par le conseil fédéral d'EELV. Il débute sur le constat des besoins à évaluer. Le texte fait état de l'inquiétude que génère pour les générations actuelles l'augmentation des maladies dites de civilisation. Sur le financement le texte affirme le choix des écologistes de refuser le système assurantiel et de le reposer sur la solidarité et le financement public. Le texte affirme aussi le droit à compensation de la perte d'autonomie universel et sans limite d'âge.

La motion pose ensuite les enjeux de cette réforme pour les écologistes ; il s'agit :

- De renforcer la prise en charge existante
- D'assurer le libre choix de chacun
- De renforcer la prévention de la perte d'autonomie
- De mettre en œuvre une « *écologie des seniors* »

Le conseil fédéral d'EELV fait les propositions :

- Unifier et simplifier le dispositif de financement et d'intervention
- Financer par la solidarité nationale
- Privilégier le financement par l'harmonisation des taux de CSG et par le relèvement des droits de succession

- Favoriser les alternatives de l'économie sociale et solidaire
- Mettre en place une politique de prévention
- Assurer un suivi médical
- Aider les aidants
- Former et valoriser les métiers de l'aide à domicile

Cette motion ne dit rien sur les liens entre ce dossier et la réforme des retraites. Il est vrai que leurs positionnements lors du conflit de 2010 n'étaient pas des plus lisibles.

Sur les propositions de financements des mesures annoncées, il n'y a aucune piste avancée pour valoriser les différentes mesures annoncées. Le seul élément à ce sujet est l'harmonisation des taux de CSG c'est-à-dire l'augmentation pour les retraités du taux de CSG pour atteindre celui des actifs. Ce serait une aggravation pour les retraités après la perte de pouvoir d'achat des dernières années. Rien n'est précisé sur le financement de la solidarité nationale, ni sur l'économie sociale solidaire. Il n'est pas non plus précisé d'éléments en termes de formation des personnels du secteur, le texte n'indique rien sur l'amélioration de la situation des salariés du secteur. Rien non plus sur le maillage actuel du territoire au niveau des établissements pour les personnes en perte d'autonomie. La notion de service public n'est pas présente dans ce texte.

Au total, cette motion porte des orientations louables, des généralités facilement acceptables mais ne donne pas d'alternatives progressistes. Il n'ouvre pas de nouvelles perspectives en termes de financement aux recettes prônées dans le « politiquement correct ».

Note de Michel Limousin (juin 2011) :

« Neuf mois pour devenir parents »

de Paul Cesbron & Sylvain Missonnier, Editions Fayard

Qu'est-ce que la grossesse ? Le temps pour fabriquer des parents. Ces neuf mois considérés généralement comme le temps nécessaire à la fabrication du bébé sont aussi le temps pour devenir parents. Cette fabrication est une mise à l'épreuve du couple et des individus. Comment prépare-t-on ce délicat passage du fœtus au petit enfant ? Nos deux auteurs, l'un obstétricien et l'autre psychanalyste rassemblent leur expérience et abordent le désir de grossesse, les aléas de ce désir, l'attente parfois bien longue de la grossesse, toute la transformation psychosociale qui accompagne celle-ci, l'accouchement « volcanique », la naissance de cette nouvelle personne.

Ce livre met en relief la dimension humaine des choses, les tensions, les difficultés. Un livre simple, pour tous, et profond. L'expérience rassemblée ici sous forme de dialogue ouvre des horizons nouveaux où la technique laisse place à la psychologie, à la relation, à l'humanité.

Note du Dr Eric May, président de l'USMCS (juin 2011) :

« Peut-on réformer l'organisation des soins de premier recours ? »

Pierre Louis Bras, professeur associé Paris Ouest Nanterre La Défense

Pierre Louis Bras trace de façon synthétique le panorama de la crise que traverse l'organisation des soins de premier recours en France. Il n'hésite pas explorer des pistes et développer des réflexions à contre courant de la pensée médicale dominante, celle qui nous gouverne à travers les Agences Régionales de Santé et qui démantèle le service public de santé français.

D'emblée, il relativise l'importance qui a pu être donnée par certains à la définition des soins de premier recours telle qu'elle a été faite par la loi HPST. Il n'y attribue qu'une portée symbolique. Ce fut en effet le résultat d'une revendication pour la reconnaissance du premiers recours dans le système de soins et par conséquent, du rôle pivot des médecins généralistes. Le combat fut mené par le syndicat MG-France qui pour obtenir cette reconnaissance dut passer un contrat faustien avec Roselyne Bachelot. Nous fûmes nombreux à nous étonner de son soutien sans réserve à la loi HPST. Comment ses membres pouvaient-ils se réjouir de la valorisation des soins primaires quand la loi organise le démantèlement des services publics de santé, en particulier hospitaliers, et qu'elle structure organiquement le marché de la santé ? Que sont les acteurs du premier recours sans une organisation du second recours efficace, de qualité, accessible à tous sur tout le territoire ?

Aujourd'hui, deux ans après l'adoption de la loi, le paysage de la médecine ambulatoire en France a-t-il changé ? A la lecture de l'article de Pierre Louis Bras, on notera que les constats de 2008/2009, en particulier les conclusions des Etas Généraux de l'Organisation des Soins sont les mêmes que ceux qu'il fait aujourd'hui.

Les défis de la crise

La diminution du temps médical disponible :

Chute de la démographie, chute de la densité médicale, crise des vocations, envol ou plutôt fuite des mé-

decins généralistes vers des exercices salariés en santé publique et en EPHAD, c'est une baisse de 50 000 à 30 000 généralistes de premier recours qui est attendue à l'horizon 2020. Élément aggravant que P.L. Bras met en lumière que la réduction des contacts des patients avec leur généraliste a débuté. Elle est paradoxale puisque la demande s'accroît : le dispositif médecin traitant, la progression de la prévalence des maladies chroniques et le vieillissement de la population devraient en effet augmenter le nombre de recours. C'est l'inverse qui est constaté ; le fait, selon P.L. Bras de la modification de la structure démographique des généralistes (féminisation, aspiration à un équilibre entre vie professionnelle et personnelle) qui conduit à la réduction du temps de travail.

Ainsi l'adaptation à la crise de la démographie médicale que recherchent les pouvoirs publics, ce qu'il faut bien qualifier de gestion de la pénurie qu'ils ont organisée depuis 30 ans, est en l'état illusoire. Elle est pourtant le seul mode d'appréhension de la problématique par ces mêmes pouvoirs publics.

« Au total, et malgré de nombreuses incertitudes, il semble bien que nous aurons à faire face, si ce n'est à une pénurie, du moins à une restriction du temps médical de premier recours. Même si les généralistes sont, après les pharmacies et les coiffeurs, les professionnels les mieux répartis auprès de la population, cette restriction du temps médical, envisagée ici dans sa globalité, peut s'avérer plus problématique encore dans certains territoires de santé ».

Une prise en charge de premiers recours à enrichir :

P.L. Bras fait, comme d'autres, le constat de l'impasse dans laquelle se trouve la médecine générale libérale et son modèle d'exercice, l'exercice isolé, que l'on peut qualifier de « solo ». Cet élément de la crise est encore trop souvent ignoré. Il est pourtant essentiel : cette organisation de la médecine n'est plus adaptée aux défis de santé publique d'aujourd'hui et de demain et aux besoins des populations, dans cette période que l'auteur qualifie joliment de « transition épidémiologique ». L'explosion des maladies chroniques nécessite une révolution des modes d'intervention des médecins, le passage du médecin « opportuniste » comme l'écrit P.L. Bras qui gérait l'« urgence », au médecin dit « proactif ». Le médecin généraliste doit désormais définir le plan de traitement du patient et s'y inscrire lui-même autant que son patient : il doit s'assurer du niveau de formation et d'information de ce dernier et l'accompagner, en faire un acteur à part entière de sa prise en charge. Les généralistes ont aussi d'autres missions que relève l'auteur : prévention, promotion de la santé, coordination avec les structures médico sociales... P.L. Bras dessine finalement les contours d'une médecine générale refondée, qui doit s'adapter et

répondre aux enjeux de santé du 21^e siècle, une médecine globale, à vocation sociale qui transforme les généralistes en acteurs de santé publique. Il oublie néanmoins, et c'est dommage, de rappeler que cette analyse de la nécessité d'une évolution de la pratique médicale a été développée dès les années soixante par les promoteurs et théoriciens de la médecine sociale et d'équipe par ailleurs médecins fondateurs des centres de santé. Il suffit pour s'en convaincre de se référer aux textes de Jean François Rey et de Jean Régnier des années 60 aux années 80.

Si on ne peut que partager le constat général que fait P.L. Bras, on regrettera aussi l'absence d'analyse à ce stade de l'article, de l'impact qu'a le cadre économique et social sur l'offre de soins et le comportement des patients. Les acteurs des soins de premiers recours et les institutions en charge de l'organiser ne peuvent ignorer dans le contexte de la crise économique l'aggravation des inégalités sociales de santé conjointement à celle des inégalités territoriales de santé, souvent en lien. Les médecins généralistes, comme toutes les professions médicales, ne peuvent s'affranchir de leur devoir de participer à la mise en œuvre d'une organisation et de dispositifs devant permettre l'accès aux soins de qualité de tous, en tout point du territoire.

Oubliant cette indispensable analyse politique (et par conséquent se gardant d'évoquer les leviers politiques pouvant apporter solutions à la crise), P.L. Bras s'attache ensuite à examiner les différentes voies qui ont été explorées en France et à l'étranger pour enrichir la pratique de premier recours et tenter d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients. Ainsi, il cite l'exemple récent d'incitations pour un meilleur suivi et un meilleur accompagnement des patients : les Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles ; ils n'apporteront pas selon l'auteur des progrès majeurs en l'absence de mise en œuvre de moyens nouveaux, humains ou matériels... Comme il l'écrit, « *en effet les médecins semblent déjà mobilisés... L'enjeu semble être moins de rappeler les médecins à leurs devoirs que de leur donner les moyens d'être efficaces* ».

Externalisation et intégration

Face à ces exigences contradictoires, la diminution du temps médical et le développement nécessaire d'une pratique plus large et plus complexe, quelles solutions peuvent être proposées qui permettraient l'adaptation des soins de premiers recours aux nouveaux besoins ? La première d'entre elles reste l'idée de mobiliser les autres professionnels de santé.

Deux options sont possibles selon P.L. Bras :

- L'externalisation : elle est la voie privilégiée par les autorités sanitaires, la CNAM et le ministère. Elle

a pour nom par exemple l'éducation thérapeutique qui, contrairement aux recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique en 2009 qui la voulait intégrée aux soins de premiers recours, est développée sous forme de programmes soumis à autorisation auprès des ARS. La lourdeur du dispositif fait craindre à l'auteur qu'elle ne reste cantonnée qu'aux hôpitaux. Autres dispositifs : la coopération interprofessionnelle, en fait la délégation d'actes entre professionnels soignants. Elle apparaît limitée en ville structurellement par le paiement à l'acte ; le disease management à l'exemple du dispositif de suivi des diabétiques en France (Sophia) ou du NHS direct britannique. Basées sur les conseils téléphoniques, elles visent à diminuer les recours médicaux inutiles en cabinet de médecine générale. Ces dispositifs ne sont pas plébiscités par les médecins qui la perçoivent pour certains comme une menace à leur niveau de rémunération (ils sont payés à l'acte), pour d'autres comme un risque d'altération de la qualité des soins.

- L'intégration dans le cabinet de médecine générale : elle passe par la constitution d'équipes en un même lieu réunissant médecins, infirmiers et d'autres professionnels de santé. Leur développement va de pair avec un mode de rémunérations non liées aux actes. Curieusement, l'auteur cite les exemples espagnols, anglais, québécois et même Etats-Uniens (!). Il oublie le modèle développé par les centres de santé français qui est a pourtant expérimenté avec succès et depuis plus de 60 ans une organisation intégrée de la médecine ambulatoire d'équipe, globale et coordonnée.

Quels avantages l'auteur attribue-t-il à l'organisation d'équipes de soins de premiers recours ?

- d'une part, de substituer des infirmiers à des médecins sans diminution de la qualité dans certains domaines bien définis
- d'autre part de développer de nouvelles fonctions qui améliorent globalement la qualité des soins dispensés.

Pour autant, la constitution de telles équipes est coûteuse par rapport à l'organisation classique. C'est une problématique majeure que connaissent depuis toujours là encore les centres de santé : l'infirmier qui se substitue aux médecins perçoit des rémunérations moins élevées mais il est moins « productif » et ses actes sont moins valorisés ; et la prise en charge de nouvelles fonctions entraîne un coût supplémentaire qui n'est en général pas prévu dans le cadre de la nomenclature des actes et donc non financé, même si elle se justifie au regard de l'amélioration de la qualité.

P. L. Bras cite pour illustrer ces « nouvelles fonctions » l'expérience Asalée (Action de Santé Libérale en Equipe). Elle est probante en termes d'amélioration de la qualité des soins : elle a consisté à associer des infirmières salariées à la prise en charge de premier recours de patients diabétiques suivis par des médecins généralistes libéraux. Elles sont intervenues pour gérer des données des patients, mettre en place des dispositifs de rappel et assurer des consultations d'éducation thérapeutique.

Là encore, compte tenu de leur expérience et de leur nombre (plus de 1400 en France), l'exemple des centres de santé comme modèles d'intégration mérite d'être examiné attentivement. Ils ont multiplié les expérimentations de modèles de prise en charge partagée, transversale et souvent novatrices, coordonnées par un outil spécifique aux centres dans sa forme et ses fonctions, le dossier médical commun. Citons par exemple la consultation infirmière du centre de santé de La Courneuve (93), la surveillance et l'adaptation des traitements anticoagulants par les infirmières au centre de santé d'Orly (94) et dans tous les centres polyvalents, l'accueil et l'orientation des patients sans RDV par les équipes infirmières des centres de santé, source de gain de temps médical et d'efficacité pour le patient. Dans le cadre de ces « nouvelles fonctions », outre l'approche clinique qui a été développée par beaucoup d'équipes infirmières de centres de santé, les pratiques sociales des centres ont amené ces derniers à créer de nouvelles compétences d'accompagnement médicosocial. Ils visent, par un accompagnement personnalisé en lien avec l'équipe médicale les moyens, à permettre aux patients de pouvoir suivre au mieux le plan de traitement. Médiateurs santé, travailleurs en santé, promoteurs en santé, ils sont des acteurs de soins primaires à part entière, une des nombreuses plus values sociales des centres de santé, source de réduction des inégalités sociales de santé.

P.L. Bras à défaut de se référer aux centres de santé examine tout de même la situation des maisons de santé pluridisciplinaires libérales, structures nouvelles mais fortement encouragées par un certain nombre d'élus et par le ministère de la santé. Face aux enjeux et à leurs capacités à y répondre, son verdict est assez explicite : « *Si les maisons de santé peuvent préparer, à travers le rapprochement physique des professionnels, l'évolution vers des équipes de soins, le dispositif actuel ne garantit pas vraiment une évolution en ce sens* ».

Les pistes de la réforme

- Pourquoi le modèle intégré que loue P.L. Bras est-il si peu encouragé voire tant décrié ? Décrit comme plus coûteux, tout au moins directement en termes de fonctionnement, il s'avère pourtant

plus efficace comme en témoignent eux-mêmes les promoteurs des interventions externalisées aux Etats Unis. Une réévaluation médico-économique est donc nécessaire pour mettre objectivement en balance le surcoût initial de la prise en charge intégrée et collective, et le gain médico-économique de celle-ci. C'est d'ailleurs ce que réclament et font aujourd'hui les centres de santé qui n'hésitent plus à faire valoir leur efficacité médico-économique pour justifier le surcoût de fonctionnement apparent dont on les accable.

- Par ailleurs comment lever les freins identifiés par l'auteur à la réorganisation des soins primaires ?

C'est sans ambiguïté que P.L. Bras dénonce les choix en matière d'organisation de premiers recours : il déplore celui de l'externalisation quand la promotion des équipes de soins de premiers recours lui apparaît comme la plus pertinente. S'appuyant sur les rapports institutionnels, il rappelle les obstacles au développement de la médecine d'équipe : une formation hétérogène entre professionnels soignants ; des champs de compétences déterminées par une liste d'actes et non par des missions ; un mode de rémunération, le paiement à l'acte, inadapté l'exercice d'une médecine d'équipe et globale ; la frilosité des pouvoirs publics soumis à la pression du lobbying des organisations professionnelles libérales ; l'absence d'adhésion forte des professionnels soignants encore bercé par l'idéal d'autonomie. Tenant compte du contexte français et de la résistance des médecins de ville au changement du mode de rémunération, il propose un plan qui n'en fait plus un préalable mais qui est axé sur le financement de l'emploi d'infirmières dans les cabinets libéraux pour développer les pratiques coopératives intégrées.

Conclusion

P.L. Bras a le grand mérite de pointer les nombreuses causes de la crise systémique de l'organisation des soins primaires, et de la médecine générale en particulier. Celle-ci reste caractérisée par un exercice isolé qui ne peut répondre efficacement aux besoins nouveaux des populations générés en particulier par l'explosion des mala-

dies chroniques. Elle n'est pas plus adaptée aux nouvelles missions de santé publique des médecins généralistes qui se revendiquent à juste titre acteurs pivots de la prise en charge des patients. Corollaire de la médecine libérale « solo », la rémunération à l'acte constitue sans ambiguïté pour l'auteur comme pour nous un frein au développement des pratiques d'équipe, les seules à même de pouvoir répondre, tout ou partie, aux défis que la nécessaire réforme de l'organisation des soins doit relever. Ce mode de rémunération doit être, si ce n'est abandonné, au moins complété par des dispositifs de financements forfaitaires adaptés aux nouvelles prises en charge, pluri professionnelles et éducatives. Enfin P.L. Bras pointe l'absence de volontarisme politique face au pouvoir des organisations professionnelles libérales.

Nous regretterons tout de même que l'auteur n'aborde pas la responsabilité de la politique sociale et de santé qui a été menée ces dernières années et qui a créé les conditions propices à l'« épanouissement » de cette crise : contre-réformes de la protection sociale qui associées à la crise économique ont aggravé les inégalités sociales de santé dont l'un des témoins est le renoncement aux soins ; pénurie organisée des soignants créant des déserts médicaux ; absence de politique audacieuse en terme d'organisation territoriale de santé ; démantèlement des services publics de santé menaçant le droit à la santé pour tous ...

Finalement, et ce n'est pas la moindre originalité de point de vue, l'auteur fait apparaître dans son plaidoyer pour la médecine d'équipe et l'intégration, sans le savoir (?), la pertinence et la modernité des centres de santé comme outils de dispensations de soins primaires et vecteurs de santé publique. Sans les citer, par méconnaissance sans doute, il décrit des pratiques d'équipe et des modes d'organisation, qu'ils ont faits leurs depuis 60 ans, comme les plus adaptés pour relever le défi d'une réforme efficace des soins primaires. Alors si l'audace que réclame des pouvoirs publics P.L. Bras n'était pas de financer comme il le propose l'intervention d'infirmières dans les cabinets libéraux mais plutôt de financer des centres de santé sur tout le territoire ?

Les documents des Cahiers

Document N°1

Médecine du travail : Non à l'abrogation de la Loi Croizat !

Après l'échec de la négociation entre partenaires sociaux, après la sanction par le Conseil Constitutionnel d'un texte cavalier inséré dans une loi sans rapport avec la Médecine du Travail ou la Santé au Travail, après l'adoption rocambolesque par le Sénat d'un copié collé de ce texte présenté par des sénateurs centristes, la proposition de loi de liquidation de la médecine du travail redevient d'actualité. En effet, sous les pressions conjuguées du Medef dont c'est le texte et de certains élus obstinément à son service, Bruno Dupuis, conseiller de Xavier Bertrand, Ministre du Travail, vient d'en annoncer une prochaine présentation le 27 Juin prochain à l'Assemblée Nationale.

Le document n'a pas changé. Il consacre le transfert de la prévention médicale des risques professionnels aux employeurs. Il ne propose rien pour éviter la disparition de la médecine du travail, et fournit aux managers tous les moyens pour gérer la santé des salariés au plus près des intérêts patronaux, fondés sur l'objectif de rentabilité à court terme.

Le pseudo paritarisme de façade concernant la gouvernance des services interentreprises de santé au travail (SIST) s'est vite révélé être un leurre. En effet, il consacre une présidence alternée permettant à un représentant des salariés d'appliquer la politique définie par l'Assemblée Générale des employeurs adhérents du SIST. Cette tromperie, qui a permis un premier vote sans opposition au Sénat, abusera-t-elle également les députés ? C'est pour obtenir l'adoption de la partie législative du programme du Medef que les employeurs et leur lobby tentent, une fois de plus, de faire adopter cette loi. Ils insistent pour que soient légalisées les dispositions qu'ils ont conçues et déjà en partie mises en place malgré leur actuelle illégalité.

La quasi-totalité des SIST fonctionne illégalement en « *privilegiant certains examens médicaux ... examens d'embauche, de reprise, nécessitant une surveillance renforcée* » au détriment de la surveillance régulière de tous les travailleurs, abandonnée au profit d'urgences décidées par les seuls employeurs, car ce sont eux qui déterminent quels salariés doivent bénéficier d'une « surveillance médicale renforcée ». C'est la pénurie de médecins du travail qu'ils ont organisée avec les gouvernements depuis plus de 20 ans qui leur permet de justifier l'abandon des prestations qu'ils doivent réglementairement fournir aux salariés. Ainsi, les maxima réglementaires concernant les effectifs de salariés surveillés par médecin (actuelle-

ment 3300) sont explicitement dépassés (souvent plus de 5000).

La proposition de loi qui prévoit de remplacer ces obligations par des « *contrats d'objectifs négociés* » permettrait de légaliser ces abandons. Certains grands SIST anticipent aujourd'hui ces futurs « *contrats d'objectifs* » pour obtenir du gouvernement les dérogations régularisant leur situation.

Cette proposition de loi permettrait aussi le recours à des médecins non spécialistes en médecine du travail pour assurer la surveillance médicale de certains risques professionnels ou pour certains salariés. Elle légaliserait les « *expériences* », autorisées par le ministère du travail, qui consistent à charger des infirmiers dits « de santé au travail » de fonctions médicales. Le prêt de main-d'œuvre qui permettrait à un SIST de fournir un « Intervenant en Prévention des Risques Professionnels » sans protection ni indépendance à un employeur adhérent pour intervenir pour son propre compte, et sans nécessité de lien avec l'activité médicale, serait légalisé. La rédaction des fiches d'entreprise (documents légalement sous la responsabilité du Médecin du Travail) par des IPRP ou des infirmières sans statut de salarié protégé, sans aucune garantie d'indépendance, serait encouragée de façon à « soulager la charge des médecins du travail ». Il serait donc demandé à ces derniers de signer ces fiches et d'attester de l'innocuité de conditions de travail dont ils n'auraient pas été les témoins directs. Le Législateur, si ce texte était voté, en arriverait à demander aux médecins du travail d'établir des certificats de complaisance, ce qui serait contraire aux règles déontologiques qui s'imposent à tous les médecins. La promulgation de la loi permettrait de légitimer un train de textes réglementaires avalisant le reste du programme du Medef, tel que proposé aux organisations syndicales en 2009 et unanimement refusé par elles. Ce serait notamment le cas, par exemple, des dispositions prévues pour favoriser le licenciement des salariés malades et la limitation de la durée de leurs arrêts de travail. Lors des « *Assises de la simplification du droit* », le 29/4/2011, F. Lefebvre, secrétaire d'Etat au Commerce et à l'Artisanat, a présenté, parmi les « *80 mesures pour simplifier la vie des entreprises et soutenir leur compétitivité* », la fiche n°19. Il s'agit du copié collé du projet de protocole d'accord proposé par le Medef le 29/9/2009. Elle prévoit que, sur signalement du médecin conseil de la Sécurité Sociale, le salarié, dont l'arrêt serait prolongé,

devrait subir une visite de pré reprise obligatoire durant la suspension de son contrat de travail, laquelle remplacerait le premier examen de reprise de travail. Ainsi, dès son retour d'arrêt de travail, le salarié présentant une restriction d'aptitude, quelle qu'en soit l'importance, pourrait se voir signifier une inaptitude définitive à son poste et à tout emploi de l'entreprise, suivie dans les 3 semaines de son licenciement, sans possibilité de recours réel.

Cette proposition de loi ne comporte aucune des dispositions nécessaires au maintien et à la modernisation de la surveillance médicale des risques professionnels. Elle n'existe que pour légaliser le programme de destruction voulu par le Medef. D'ailleurs, son propre rapporteur, Guy Lefrand, député UMP de l'Eure et médecin, n'a-t-il pas déclaré à la Commission de réflexion sur la souffrance au travail : « *La santé au travail doit être gérée par [le ministère de] la Santé.* » ? N'a-t-il pas proposé que « *ce médecin ne soit plus rémunéré par les entreprises mais par un fonds auquel celles-ci abonderaient et qui serait géré par les ARS (Agences Régionales de Santé)* » ? N'a-t-il pas précisé qu'ainsi « *Les médecins du travail seraient peut-être moins nombreux mais plus efficaces* » ? Si le député Lefrand évite de préciser pour quelles tâches, c'est peut-être dans l'espoir qu'ils jouent enfin leur « *rôle de filtre entre le salarié et l'entreprise* ». Quoi qu'il en soit, selon lui, « *Il faut redonner un rôle beaucoup plus important au généraliste, et qu'il s'approprie une part de la médecine du travail [pour les] 2 millions de salariés qui travaillent à domicile (emplois services)* ». Le rapporteur est en phase avec le Medef et J.F. Copé, lequel, dans la même commission, assignait à la médecine du travail 2 actions principales :

1- La « *visite d'aptitude lors de l'entrée dans la vie professionnelle* », sans doute pour exercer le « *filtre* » du rapporteur. Le Medef, plus pragmatique, définit l'aptitude en cause « *comme l'absence de contre-indication physique ou psychique à la tenue, par le salarié, du poste de travail actuel ou envisagé* » (Medef Sept 09). Cette action de sélection que les employeurs n'avaient pas encore réussi à imposer aux médecins du travail, le Gouvernement et sa Majorité tentent de l'imposer par la Loi.

2- Le « *bilan de suivi en milieu de carrière* » pour proposer « *une requalification et une réorientation* » du salarié. Le Medef parle plus clairement de l'inaptitude qui « *se définit comme l'existence de contre-indication physique ou psychique entraînant une restriction pour le salarié de remplir une ou plusieurs tâches liées à son poste de travail* » (Medef Sept 09).

C'est la légalisation de cette conception de la santé au travail (qui impliquerait également la lutte contre l'absentéisme et la consommation d'alcool et de drogues illicites) que le Medef et certains élus veulent obtenir par la loi. C'est aussi ce qu'attendent, avec impatience, les marchands de santé au travail, lesquels se pressent aux portes des SIST, de leurs directions et de leur chambre syndicale (le CISME) pour proposer dans le même service : Assurance Complémentaire de santé, Prévoyance, Contrôle de l'absentéisme, et Surveillance des Risques Professionnels et de Santé Publique Cette marchandisation de la santé des salariés, et notamment de leur santé au travail, n'est pas acceptable. Elle ne doit pas être acceptée.

Le 10 juin 2011
Groupement National Sauvons la médecine du travail
www.slmt.fr

Document N°2

Amiante : Le procureur de Turin réclame 2 ans de prison pour deux grands patrons d'Eternit

(Communiqué de presse de l'ANDEVA en date du 5 juillet 2011)

Un formidable encouragement à la lutte pour les victimes de l'amiante du monde entier !

20 ans de prison pour le Belge Louis de Cartier de Marchienne. 20 ans pour le Suisse Stéphan Schmidheiny. Telles sont les peines requises par le procureur Raffaele Guariniello, lors de la 51^e audience du procès de Turin contre ces deux hauts dirigeants de la multinationale de l'amiante-ciment.

Ils ont violé les règles de sécurité au mépris de la santé et de la vie des salariés des quatre usines de Casale Monferrato, Cavagnolo, Rubiera et Napoli. Ils sont responsables d'une véritable catastrophe sanitaire environnementale qui a causé plus de 3 000 victimes. 70 % d'entre elles proviennent de la petite cité de Casale, cette ville martyre de l'amiante, où l'on compte chaque année, entre 40 et 50 mésothéliomes (cancer rare, spécifique de l'amiante). 80 % d'entre elles, n'ont jamais mis les pieds dans l'usine. Ce sont des fibres d'amiante rejetées par Eternit sur le voisinage ou apportées à domicile par les vêtements de travail des ouvriers, qui les ont contaminées.

Si ce procès a pu avoir lieu, si la culpabilité des prévenus a pu être minutieusement démontrée, audience après audience, c'est d'abord grâce à l'action courageuse et opiniâtre de l'AFEVA, l'association italienne de défense des victimes de Casale Monferrato et au soutien des organisations syndicales et des institutions locales. Nous tenons à rendre hommage à Romana Blasotti Pavesi, Bruno Pesce et Nicola Ponderano, qui depuis trente ans ont été l'âme de ce difficile combat, marqué par tant de souffrances et de deuils. Avec ce réquisitoire, une étape a été franchie. La prochaine sera celle du jugement qui devrait être rendu avant la fin de l'année. Il est attendu avec espoir et confiance par les familles de victimes de l'amiante italiennes (6 000 parties civiles) et par celles du monde entier, car l'enjeu du procès de Turin dépasse les frontières de l'Italie.

Ni Schmidheiny ni De Cartier de Marchienne n'ont daigné assister à une seule des 51 audiences pour s'expliquer devant les familles endeuillées par le poison qui les a enrichis. Si le jugement à venir suit réquisitions du procureur il montrera que les industriels ne sont pas au-dessus des lois et que la vie des ouvriers ne doit pas être sacrifiée au profit de quelques-uns. Il n'est pas concevable qu'une catastrophe sanitaire d'une telle ampleur n'ait ni responsable ni coupable.

En France, où l'amiante fait près de 10 morts par jour, ce sera un formidable encouragement pour les victimes qui attendent un procès pénal depuis quinze ans : un encouragement à réclamer des moyens supplémentaires pour les magistrats chargés de l'instruction, un encouragement à vaincre l'inertie du Parquet qui fait tout pour retarder ce procès et en réduire la portée.

Ce qui est possible en Italie doit l'être en France

Face aux multinationales, qui continuent à semer la mort en exportant l'amiante dans les pays où ce matériau cancérigène n'est pas interdit, face au cynisme du Canada qui bloque l'inscription de l'amiante sur la liste des produits dangereux de la convention de Rotterdam et finance l'ouverture d'une nouvelle mine d'amiante, la condamnation des dirigeants d'Eternit aura valeur d'exemple.

L'amiante doit être interdit dans tous les pays de la planète.

Les Actes du Séminaire :

Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ?

NDLR : nous donnons ici une contribution sous forme de suite de trois articles de M^{me} Catherine Mills au Séminaire « Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain » qu'elle anime à la Fondation Gabriel Péri : **Le système de santé malade des réformes libérales.**

Une crise d'efficacité du système de santé

Par M^{me} Catherine Mills

Le système de santé français s'est fondé sur un principe d'égalité d'accès aux soins de qualité pour tous. Financé principalement par des cotisations sur les salaires, il voulait répondre à ce principe : « chacun cotise selon ses moyens, mais accède selon ses besoins ». Cependant les principes de solidarité et l'efficacité du système de santé vont être progressivement remis en cause au cours de la **crise systémique, à travers les réformes libérales**. Celles-ci reposent sur le postulat que les dépenses de santé seraient excessives et sur le thème de la « déresponsabilisation » des acteurs, aussi bien les usagers du système de soins que les offreurs de soins et en premier lieu le corps médical.

Une première question se pose : peut-on parler d'excès des dépenses de santé en France ? Cela nous conduira à étudier les forces et faiblesses de notre système de santé quant à l'efficacité des dépenses de santé. Enfin nous montrerons que la crise est d'avantage due à un problème d'insuffisance structurelle du financement, en lien avec la crise systémique et son accélération comme avec le type de réformes mis en œuvre.

1. Mesure et structure des dépenses de santé en France

Selon les Comptes nationaux de la santé, différents agrégats permettent de mesurer les dépenses de santé :

La dépense courante de santé mesure la somme des dépenses engagées par les financeurs de l'ensemble du système de santé : la Sécurité sociale, l'État, les collectivités territoriales, les organismes de protection complémentaire et enfin, la part restant à la charge des ménages. La dépense courante de santé a atteint 223,1 milliards d'€ en 2009.

La dépense totale de santé : c'est l'agrégat utilisé par l'OCDE pour les comparaisons internationales. Elle atteint en France, en 2008, 11,2 % du PIB, selon l'OCDE, soit 227,7 milliards d'€.

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) : 175 milliards d'€ en 2009. Celle-ci comprend :

- **Les soins hospitaliers** en hôpital public et privé ainsi que les soins en maisons de retraite médicalisées représentent 44,4 % de la CSBM en 2009. Les soins hospitaliers proprement dits se sont élevés à 78 milliards d'€ (60, pour le public et 18, pour le privé). Le secteur public a connu un taux d'accroissement des dépenses de 3,7 % en valeur alors que l'augmentation des dépenses dans le secteur privé a été de + 4,4 % en valeur. La tendance globale est au ralentissement, en effet le taux d'accroissement annuel était des 5 % en valeur en moyenne entre 2000 et 2005. La part de l'hôpital dans la CSBM s'est considérablement réduite depuis 1983 où elle atteignait 52 %.
- **Les soins ambulatoires :** honoraires des médecins, dentistes, auxiliaires médicaux et laboratoires d'analyses s'élèvent à 48,3 milliards d'€ en 2009, soit 27,5 % de la CSBM. La part relative des soins ambulatoires tend à diminuer, puisqu'elle atteignait 29 % en 1990.
- **Les biens médicaux** s'élèvent à 42,9 milliards d'€ en 2009. Les médicaments représentaient 35,4 milliards d'€, soit 20,1 % de la CSBM. Leur taux de croissance en valeur et en volume restait en permanence le plus important, et donc le facteur principal de la croissance des dépenses de santé. Mais cela tend à se ralentir. Ainsi, le taux

d'augmentation des dépenses de médicaments en 2009 est-il à 5,2% en volume. La croissance en volume du poste médicaments est fréquemment supérieure à la croissance en valeur : en 2009 la croissance en valeur se ralentit avec 2,5%, elle est inférieure à la croissance globale de la CSBM ; cela peut s'expliquer par les forts gains de productivité dans ce secteur devant entraîner une baisse du prix moyen des médicaments.

2. Caractéristiques du système de santé français

Celui-ci est organisé sur une mixité entre mécanismes publics et privés. Ainsi l'hôpital public, mais aussi le secteur hospitalier privé sont financés par l'assurance-maladie, tandis que les critères de gestion du privé tendent à s'imposer, y compris au sein de l'hôpital public. Concernant la médecine de ville, la médecine libérale est prédominante. Le principe était, jusqu'à 2004, de laisser au patient le libre choix du médecin, celui-ci ayant la liberté de prescription dans le cadre d'un paiement à l'acte. Cette mixité entre public et privé, de plus en plus soumise à la prédominance des mécanismes privés, est souvent considérée comme un facteur d'inflation des dépenses de santé. Le système de rémunération des médecins libéraux en France est fondé sur le paiement à l'acte. D'autres pays ont opté pour une rémunération forfaitaire par patient inscrit auprès du médecin, système dit de capitation, comme le Royaume-Uni, ou mixant la capitation et le paiement à l'acte, notamment dans les pays scandinaves. Le paiement à l'acte présente des inconvénients : il est inflationniste sans garantir un suivi des patients satisfaisant. Il tend aussi, en liaison avec les tarifs de la nomenclature des actes médicaux, à amplifier l'échelle des revenus entre praticiens. Ainsi, parmi les spécialistes, ce sont les radiologues qui bénéficient des revenus les plus élevés, en moyenne sept fois le revenu des pédiatres qui se situent au bas de cette échelle. Le principe selon lequel plus l'acte serait technique, plus il doit être rémunéré, ne justifie pas ces importantes disparités. Un débat sur une juste rémunération de l'acte médical s'impose.

La médecine de ville est cependant encadrée par une convention pluriannuelle signée entre les syndicats de médecins libéraux et la CNAM. Les médecins conventionnés (plus de 98 % des médecins libéraux) ont le choix entre le secteur 1, où les honoraires sont fixés par le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) dans le cadre conventionnel, et le secteur 2, où les médecins peuvent appliquer des dépassements d'honoraires, les patients qui les consultent n'étant remboursés que sur la base du TFR. Depuis 2004, on institue un parcours de soins dit coordonné et l'obligation de choisir un médecin traitant.

Le numerus clausus : (établi dès 1971) limite le nombre de médecins par la fermeture à l'accession aux études de médecine. Ce principe tendait à accréditer une des hypothèses centrales de l'économie libérale de la santé selon laquelle un nombre trop important de médecins accroîtrait les dépenses de santé. C'est *la théorie de la demande induite par l'offre*, cela crée une crise de la démographie médicale qui explose avec le départ en retraite de nombreux praticiens nés pendant le *baby boom*. De nombreuses spécialités médicales sont ainsi particulièrement sinistrées, notamment l'ophtalmologie, la gynécologie, la pédiatrie... L'évolution de la démographie médicale est également très préoccupante concernant les chirurgiens et les médecins urgentistes. Le desserrement des règles du numerus clausus ces dernières années ne suffira pas à résoudre une chute du nombre de médecins spectaculaire à l'horizon 2020. En outre, les inégalités régionales en termes de densité médicale explosent. La France compte plus de médecins spécialistes que de généralistes, ce qui constitue un facteur d'émiettement des soins, de coûts plus élevés et d'un moins bon suivi des malades. Dans le même temps, l'évolution de la démographie médicale est très préoccupante sur le plan régional : certains départements ont une densité médicale de 120 médecins généralistes/100 000 habitants, les généralistes sont peu incités à s'implanter dans certaines zones, notamment rurales, alors que d'autres départements dépassent 330 généralistes/100 000 habitants. La densité médicale peut atteindre 1 médecin généraliste pour 35 habitants dans certaines villes de la région PACA et certains arrondissements de Paris, alors que dans les zones rurales, ce n'est souvent qu'1 généraliste pour 800 habitants. Face cette crise de la démographie médicale, les incitations fiscales et sociales ou d'aides à l'installation et au rachat de clientèle ne peuvent suffire.

L'importante consommation de médicaments en France et l'absence d'une politique du médicament efficace : L'industrie pharmaceutique constitue une activité à très hauts profits, puisque le prix d'un médicament remboursé peut représenter dans certains cas 300 fois son coût de production.

Les génériques : des « avantages » à relativiser. Un médicament peut être copié par d'autres laboratoires sous forme de « générique » dix ans après le dépôt du brevet sur la molécule active. Passé ce délai, il est possible de fabriquer un médicament identique vendu à un prix inférieur au médicament initial, dit princeps. Les médicaments génériques auraient donc pu représenter un facteur d'économies sur les dépenses de médicaments et ils se sont relativement développés ces dernières années pour représenter aujourd'hui 31% des ventes de médicaments, avec un prix moyen inférieur de 13,5% aux médicaments princeps. Pour compenser les éventuelles baisses de profit

qui résulteraient des médicaments génériques, les entreprises pharmaceutiques peuvent baisser le prix du princeps, compte tenu des progrès de la productivité, en écoutant de grandes quantités ce qui permet de compenser la baisse des prix. En outre, les médicaments génériques sont fabriqués par des groupes pharmaceutiques, parfois le propre inventeur de la molécule princeps qui souhaite garder le contrôle d'un marché. L'industrie pharmaceutique peut aussi résister à la baisse des prix en mettant sur le marché des médicaments prétendus « innovants », très peu différents du princeps dont ils possédaient le brevet. La question reste celle du contrôle démocratique et de l'indépendance par rapport à l'industrie du médicament de l'instance compétente pour délivrer les autorisations de mise sur le marché, le caractère innovant du médicament et ses conditions de remboursement.

Mondialisation et médicaments. Plus un système de santé repose sur la logique du privé, plus le prix des médicaments est élevé, notamment aux États-Unis. Le marché du médicament est tenu par quelques firmes multinationales qui exercent un lobbying auprès de l'Organisation mondiale du commerce (OMC). Ainsi l'Accord général sur le commerce des services (AGCS) dans le cadre de l'OMC limite-t-il les coopérations entre pays de l'Union européenne et pays en développement, ce qui contribue à priver ces derniers de thérapies efficaces mais très coûteuses. Les quelques dérogations accordées aux règles de la propriété industrielle sur le médicament, comme celles concernant les trithérapies contre le Sida en Afrique du sud, l'ont été pour des temps très courts.

3. Comparaisons internationales

Le niveau des dépenses de santé en France est important, mais sans qu'on puisse parler « d'excès » : L'OCDE plaçait en 2008 la France au 2^e rang mondial pour la dépense totale de santé, avec 11,2% du PIB soit plus de 2 points de pourcentage de plus que la moyenne des pays de l'OCDE (8,9%). Les États-Unis sont de loin les plus dépensiers avec 16% du PIB, la privatisation des dépenses de santé conduit à la hausse de leur coût. Concernant les dépenses de santé par habitant, la France, au 9^e rang mondial, se situe au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE avec 3 800 USD (ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies). Cela reste cependant inférieur de moitié aux États-Unis, où elles s'élèvent à 7 500 USD par habitant.

Le nombre de médecins pour mille habitants : La France compte 3,4 médecins par millier d'habitants, un chiffre un peu plus élevé que la moyenne de 3,1 dans les pays de l'OCDE, cela la place en 6^e position. Tandis qu'avec 7,6 infirmières par millier d'habitants, cela la situe bien en dessous de la moyenne de 9,7 dans les pays de l'OCDE.

Le nombre de lits d'hôpitaux pour soins aigus est de 3,7 lits par milliers d'habitants, en France, un nombre inférieur la moyenne des pays de l'OCDE (3,9 lits). Comme dans la plupart des autres pays développés, cet indicateur a diminué au cours des 20 dernières années, en relation avec la réduction de la durée moyenne des séjours à l'hôpital et l'augmentation du recours à la chirurgie de jour.

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

Relativiser l'importance de la dépense de santé en France : La part de la dépense totale de santé dans le PIB dépasse 10% et plus pour 8 pays de l'OCDE. On ne peut affirmer que la France connaîtrait une progression exceptionnelle des dépenses de santé. Parmi les grandes puissances économiques, c'est aux États-Unis que cette progression a été la plus forte. D'autres pays ont connu une forte progression en raison d'un effet de rattrapage, l'Irlande et les pays du sud de l'Europe, même le Royaume-Uni essaie de rattraper son retard et atteint une croissance annuelle de 3,7%. La croissance des dépenses de santé par rapport à la croissance du PIB a été aux États-Unis 2,3 fois supérieure. Dans les autres pays de l'OCDE, la progression des dépenses de santé a été 1,7 fois celle de l'activité économique.

Financement public et gratuité ne constituent pas un facteur de surconsommation médicale : Le financement public représente la principale source de financement des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception des États-Unis et du Mexique. En France, 79,7% des dépenses de santé sont financées par des fonds publics, un niveau sensiblement plus élevé que la moyenne des pays de l'OCDE (73%). Parmi les pays européens, la part du financement public des dépenses de santé est plus élevée en France que dans des pays comme l'Autriche, l'Espagne et la Suisse, mais plus faible que dans la plupart des pays nordiques : la Suède 85%, la Norvège 83,7%, l'Islande, 83,5%, ainsi que le Royaume-Uni 83,4%, et le Danemark 83%. Il est inexact de dire que la France serait le pays au monde qui rembourse le

mieux les dépenses de santé : le taux de la couverture de base est passé de 80 % à 76,6 %, en 20 ans, taux qui place la France au 12^e rang des pays de l'OCDE. La part des dépenses remboursées par les complémentaires Santé (mutuelles, assurances et institutions de prévoyance) était en 2009 de 13,8 %, le reste à charge des ménages était de 9,4 % en forte augmentation depuis 2004.

Certains pays ont un système de santé performant, eu égard aux résultats de santé, alors que la part des dépenses de santé dans le PIB est relativement contenue, ainsi dans les pays nordiques, le système public couvre plus de 83 % des soins, l'accès aux soins de ville est gratuit, sans paiement à l'acte, ni avance de frais. La part des dépenses de santé dans le PIB y est plus faible qu'en France, 9,1 % en Suède et 8,9 % au Danemark. Ceci montre qu'un système public n'est pas forcément plus cher et peut être efficace, notamment grâce à une coordination des soins qui évite la répétition des actes. Par exemple, la consommation de médicaments au Danemark est six fois moins importante qu'en France. Mais ceci peut aussi signifier une politique restrictive, d'autant que des réformes libérales sont aussi à l'œuvre.

Aux États-Unis, une très large part des dépenses de santé est financée par des assurances privées près des deux-tiers. En outre, les services publics *Medicaid* et *Medicare* s'appuient très majoritairement sur des fournisseurs de soins privés, et les libéraux prônent la généralisation de la privatisation du système de santé. C'est un système coûteux, qui engendre d'énormes inégalités, puisque 17 % de la population, soit 45 millions de personnes, ne bénéficient d'aucune forme de couverture maladie. Ce pourcentage ne cesse en outre d'augmenter, puisque de plus en plus d'entreprises renoncent à participer à une assurance-maladie en faveur de leurs salariés en raison de la cherté des tarifs. Ces fortes inégalités sociales contribuent à dégrader les indicateurs de santé, en moyenne très médiocres, notamment pour la mortalité infantile où les États-Unis se placent dans les tout derniers pays de l'OCDE. Ceci explique l'urgence d'une réforme efficace et solidaire, rendue très difficile pour Obama par le poids de l'idéologie libérale.

4. Forces et faiblesses comparées du système de santé français

Certains indicateurs de santé démontrent les réussites de notre système. En France, l'espérance de vie à la naissance a augmenté de plus de 10 ans entre 1960 et 2006, ce qui est proche des gains enregistrés en moyenne dans les pays de l'OCDE. Après une stagnation en 2003 en raison de la mortalité exceptionnelle due à la canicule, l'espérance de vie en France atteint en 2006, 80,9 ans, elle se situe au 3^e rang des pays de l'OCDE, soit 2 ans de

plus que la moyenne des pays de l'OCDE (78,9 ans). Le Japon enregistrait l'espérance de vie la plus élevée, avec 82,07 ans, suivi du Canada, la Suède vient au 4^e rang avec 80,74 ans.

L'espérance de vie des femmes à la naissance : En 2008, la France est au 2^e rang, 84,23 ans devancée par le Japon, 85,59 ans. Mais un certain nombre de pays sont très proches de ce niveau. En outre certains facteurs peuvent contrarier cette progression, ainsi la canicule de 2003, en France, ou la dégradation des conditions de travail. Concernant l'espérance de vie à 60 ans, en France, elle dépassait 22 ans pour les hommes et 26,9 ans pour les femmes, ce qui nous situe en tête de l'Europe, où les chiffres sont respectivement de 17 et 22 ans.

Le taux de mortalité infantile, rapport du nombre d'enfants décédés entre sept jours et un an, était en France de 3,61 pour mille en 2008. Ceci nous situe au 4^e rang derrière la Suède, le Japon et l'Islande. Le taux de mortalité périnatale est défini par le nombre de morts nés plus le nombre de décès entre zéro et sept jours rapportés à 1 000 naissances totales. Ce taux s'est amélioré depuis 1998, en France, mais il est encore aux environs de 7 pour mille, les résultats sont supérieurs dans les pays scandinaves tous en dessous de 5 pour mille, si bien que la France ne se situe qu'en treizième position concernant cet indicateur.

Les indicateurs de morbidité : On assiste à une baisse régulière du taux de mortalité due aux maladies cardio-vasculaires, le plus bas des pays européens. Le nombre de décès par cancer tend à devenir stationnaire, les guérisons sont de plus en plus nombreuses, pratiquement dans deux-tiers des cas, notamment si le traitement est précoce, sept personnes guéries d'un cancer sur dix retrouvent une espérance de vie identique à celle de l'ensemble de la population.

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

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

reste plus basse que celle des femmes, 77,68 ans, (contre plus de 83 ans pour les femmes), ce qui nous situe au 6^e rang des pays de l'OCDE, tandis que l'Allemagne, le Royaume-Uni, les Pays-Bas, les Etats-Unis se situent à des niveaux inférieurs.

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

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

Le renoncement aux soins pour raisons financières : L'IRDES, a pointé ce phénomène de renoncement aux soins dès le milieu des années 90. Celui-ci s'est largement développé avec le rationnement comptable organisé par des réformes centrées sur la baisse du taux de remboursement par la couverture de base. Avec la création de la CMU en 2000, le renoncement aux soins diminue mais concernait encore entre 11 % et 14 % des Français en 2003, dans la mesure où ils n'ont pas accès à une couverture maladie complémentaire. Mais les chômeurs étaient 30 % à déclarer renoncer à des soins pour raisons financières. Ce renoncement aux soins tend à s'aggraver depuis la réforme de 2004, en particulier pour les plus modestes et il concerne désormais 26 % de la population (Irdes, 2008).

La CMU et ses limites : la CMU a inauguré en France la technique du « panier de soins » : Elle est instituée en 2000 sous le gouvernement Jospin. Le Rapport Boulard avait montré que 150 000 personnes n'accédaient pas à la couverture de base, mais que 12 % de la population, soit 6 millions de personnes, n'avaient pas de couverture maladie complémentaire. Ceux-ci représentaient une part prépondérante des personnes renonçant à des soins pour raisons financières. Mais la CMU aboutit à définir un panier de biens et services médicaux limités pris en charge, par exemple un maximum de 400 € par

personne et par an pour les prothèses dentaires, ce qui tend à institutionnaliser le rationnement des soins pour les plus pauvres, leur stigmatisation et une sélection des malades. Les Cmuistes sont rejetés par certains médecins et de très nombreux dentistes, ceux-ci avançant la raison des longs délais de paiement des praticiens par la sécurité sociale. Les dentistes arguent aussi qu'il leur est très difficile de pratiquer des soins de qualité normale, notamment pour les prothèses, en restant dans les limites financières fixées dans le « panier de soins ». La CMU a contribué finalement au développement d'un système de santé à plusieurs vitesses, elle n'a pu contrarier suffisamment la reprise du renoncement aux soins pour raisons financières, à partir de 2004.

5. La crise du financement des dépenses de santé

Un déséquilibre financier structurel : Celui-ci est dû davantage à une insuffisance de recettes qu'à l'envolée des dépenses, même si la question de l'orientation des dépenses reste posée. Les réformes libérales prétendent réduire le déficit mais la crise et le report des dépenses engendrent à moyen terme une reprise des dépenses et du déficit. En 2009, le déficit explose à 10,6 milliards d'€, en tendance spontanée en 2011, il atteindrait 14,5 milliards d'€, en liaison avec le refus de dégager de véritables moyens de financement.

Trois facteurs privent l'assurance-maladie de ressources : L'insuffisance de la croissance du PIB : un point de croissance du PIB en moins, c'est 2,5 milliards d'€ de cotisations en moins pour le régime général soit près de 1 milliard d'€ pour l'assurance-maladie. Le taux de chômage : 100 000 chômeurs représentent 1,3 milliard d'€ de cotisations en moins pour le RG, soit environ 0,5 milliard d'€ pour l'assurance-maladie. L'insuffisance des salaires en raison de la baisse de la part des salaires dans la valeur ajoutée : 1 point en moins pour les salaires dans ce partage représente 2,5 milliards d'€ de cotisations en moins, dont 1 milliard pour l'assurance-maladie.

La crise du financement est liée à un type de politique économique et de gestion des entreprises, elle exprime aussi l'échec des plans de rationnement des dépenses de santé. On assiste dans la nouvelle phase de la crise systémique à une remontée historique du déficit en liaison avec les politiques de déflation des salaires et des dépenses publiques et sociales, qui dépriment la croissance et l'emploi et limitent les ressources de la protection sociale. Le couple : inflation des prélèvements financiers et compression des prélèvements sociaux, avec le refus de dégager un financement à la hauteur des besoins nouveaux contribue à l'enfoncement dans la crise systémique.

Des réformes libérales qui enfoncent dans la crise le système de santé

On assiste à une nouvelle vague de réformes libérales du système de santé, en France, dans la lignée des réformes menées dans l'UE, entre limitation des dépenses publiques et sociales et introduction de la mise en concurrence, de la marchandisation et de la privatisation.

◆ La réforme Douste-Blazy d'août 2004

Elle a introduit en premier lieu une nouvelle gouvernance conjuguant étatisation et privatisation en tendant à restreindre la couverture sociale des soins. En second lieu cette loi a institué une nouvelle organisation du système de soins visant à modifier le comportement des usagers du système de santé, en les « responsabilisant ». Les assurés sont stigmatisés, soupçonnés d'abus et de fraudes alors que les statistiques de la CNAM les estiment très peu nombreux. Le dossier médical personnel (DMP) peut constituer un instrument coercitif et dangereux quant à la confidentialité de données de santé. Les assureurs complémentaires ont obtenu l'accès au dossier. Une sanction financière doit frapper le patient qui ne fournirait pas ce dossier, il sera moins bien remboursé. Les hypothétiques économies réalisées par ce dossier ne seraient rien face à son coût, ce qui explique son énorme retard.

Le comportement du malade est présenté comme la cause de l'excès de dépenses au lieu de la nature de son affection, les affections de longue durée (ALD) sont particulièrement visées. C'est aussi la chasse aux arrêts maladie et accidents du travail « injustifiés ». C'est le « parcours de soins coordonnés » obligatoire ... surtout pour les plus pauvres. Ceux qui ne consultent pas au préalable leur médecin traitant avant d'accéder aux spécialistes subissent une sanction financière tandis que les dépassements d'honoraires pour les autres avec recours aux assurances complémentaires se multiplient.

Enfin concernant le financement : des mesures injustes et inefficaces. On prétendait s'attaquer à un déficit qualifié « d'abysal » pour rétablir l'équilibre de l'assurance-maladie à l'horizon 2007. Mais les mesures reposent sur les malades, ainsi la loi Douste-Blazy a créé un forfait non remboursable d'un euro par consultation présenté comme le symbole de la responsabilisation de l'utilisateur. A cela s'ajoute en septembre 2006, la franchise de 18 € sur les actes lourds supérieurs à 91 €. Tandis que l'essentiel du financement supplémentaire reposait sur la hausse de la CSG supportée par les ménages. Sur 5,2 milliards d'€ de recettes nouvelles attendues, seulement 1 milliard d'€ provenait des contributions des entreprises

et 0,6 milliard des revenus du patrimoine. En outre ces mesures sont inefficaces: l'équilibre des comptes annoncé ne sera pas réalisé, les recettes nouvelles seront plombées par l'insuffisance de la croissance, de l'emploi et des salaires. Les économies sur les dépenses publiques de santé résident essentiellement dans l'augmentation du reste à charge des ménages, au prix de l'aggravation du renoncement aux soins pour raisons financières.

◆ Les réformes de l'Etat sarkozyste depuis 2007 : une avalanche de réformes libérales du système de santé :

Celles-ci combinent la limitation des dépenses publiques et sociales et l'introduction de la mise en concurrence, de la marchandisation et de la privatisation. On organise la déstructuration du système de santé solidaire et le report du financement sur les salariés et les malades y compris par leur participation personnelle, en poussant à l'ascension des assurances complémentaires privées.

Les franchises contre la Sécurité sociale : 4 franchises sont instituées en 2008 : sur les consultations, les médicaments, les analyses, l'hospitalisation. Elles seront renforcées par les 50 centimes d'€ sur chaque boîte de médicament, 50 centimes sur chaque acte paramédical et 2€ sur chaque recours au transport sanitaire, jusqu'à un plafond de 50€ par an. Tout ceci s'ajoute au forfait d'un euro sur chaque consultation ou acte médical mis à la charge des assurés sociaux depuis 2004. L'objectif affiché serait de responsabiliser les patients en traquant les comportements prétendus « abusifs ». La franchise attaque le principe de la Sécurité sociale française, fondé sur des cotisations en fonction de la capacité contributive de chacun, mais ouvrant un droit égal aux soins quel que soit le revenu. Elle aggrave le renoncement pour raisons financières et organise la marche vers un système de santé inégalitaire et éclaté en fonction des revenus en appelant au développement de l'assurance privée. Les dépassements d'honoraires des médecins, notamment les spécialistes, s'accroissent, pénalisant financièrement leurs patients qui ne peuvent suivre le parcours de soins imposé par la loi de 2004. Un des premiers effets pervers des franchises médicales serait que 27% des assurés selon l'UNCAM risqueraient de ne plus percevoir aucun remboursement. Ces personnes jeunes et en bonne santé pourraient alors s'élever contre des prélèvements d'assurance-maladie, cotisations et CSG, excessifs ce qui tendrait à l'accélération des mouvements libéraux qui réclament de pouvoir « sortir » du système actuel d'assurance-maladie, au prétexte

que pour certains, à un moment donné de leur existence, l'assurance privée apparaîtrait plus avantageuse. Ceci est un leurre, et les économies prévues risquent de fondre comme neige au soleil, car l'application des franchises se heurtera au phénomène bien connu des assureurs : une fois le montant fatidique dépassé, l'aléa moral *ex post* peut jouer à plein, les assurés tendant à légitimer des dépenses plus importantes par compensation. Dans les pays où une franchise sur les soins est appliquée, on observe un renforcement des inégalités d'accès aux soins, une montée de l'assurance privée et donc des pratiques de sélection des risques. Cela s'avère finalement plus coûteux pour les finances publiques en raison de la concentration des personnes les plus défavorisées et des pathologies les plus graves dans des systèmes socialisés vidés d'une large part de leurs ressources.

Dépassements d'honoraires et renoncement aux soins :

Les dépassements d'honoraires ont augmenté de plus de 40 % en dix ans, ils sont devenus une pratique majeure chez les spécialistes et représentent 2 milliards d'€ sur 19 milliards d'honoraires. Une étude de l'Unocam montre que 40 % des personnes disposant d'une couverture complémentaire ne sont pas du tout remboursées des dépassements. C'est un recul de la solidarité nationale, les inégalités d'accès aux soins, et les renoncements se sont aggravés.

Les renoncements aux soins : 26 % des personnes reconnaissent avoir reporté ou renoncé à des soins ou à l'achat de médicaments pour des raisons financières ces dernières années soit 1/4 de la population en moyenne. Ce chiffre n'était que de 13 % en 2004. Le taux de renoncement atteint 32 % de ceux qui n'ont pas de complémentaires. La sécurité sociale rembourse de moins en moins et les complémentaires ne sont pas accessibles à tous : 5 millions de personnes n'ont pas de complémentaires santé. Sur les 2 millions de personnes juste au-dessus du plafond de la CMU qui pourraient avoir droit à une aide à l'acquisition de cette complémentaire, seuls 300 000 en bénéficient. Aujourd'hui pour les pauvres la cotisation coûte 10 % des revenus. Les soins négligés ne sont pas des soins de confort mais des soins nécessaires pour lesquels le reste à charge de l'assuré est le plus élevé: 63 % en dentaire, 25 % en lunetterie, 16 % en médecine spécialisée, 9 % en médecine générale. A ce recul de la Sécurité sociale et de la mutualisation s'ajoutent les refus de soins CMU et les dépassements d'honoraires. Ainsi selon l'IGAS : pour le port d'une prothèse de hanche, 72 % des patients doivent payer de leur poche en moyenne 225 € à l'hôpital public, et 454 € dans une clinique privée. Pour une opération de la cataracte, 71 % doivent déboursier en moyenne 91 € dans le public et 200 € dans le privé.

Comme le souligne l'Igas « cette pratique est devenue un obstacle à l'accès aux soins. » Elle estime que les dépassements d'honoraires « constituent un recul de la solidarité nationale » et « génèrent des inégalités d'accès aux soins, voire des renoncements ». Le taux de renoncement s'élève à 41 % pour les femmes, 49 % pour les 25-34 ans et 51 % pour les bénéficiaires de la CMU. Cela montre d'ailleurs les limites de la CMU qui était pourtant présentée comme une avancée sociale. Alors que le financement de cette prestation exonérerait les employeurs de toute participation, même si le mouvement mutualiste portait cette mesure. Une dizaine d'années après, le pourcentage des renoncements aux soins est terriblement accusateur pour les promoteurs.

De plus la prise en charge des dépassements d'honoraires n'est ni générale ni illimitée et varie considérablement suivant les contrats souscrits. « La tendance récente est marquée par une limitation de la prise en charge des dépassements », souligne l'Unocam alors qu'ils génèrent 2 milliards de revenus annuels pour les médecins libéraux. La charge pèse aux deux tiers sur les patients, après intervention de leurs mutuelles. Dans les grandes villes, comme Paris, Lyon, Marseille ou Nice, l'accès à des spécialistes pratiquant les tarifs de la Sécurité sociale (secteur 1) est parfois impossible. En outre les transferts de l'assurance-maladie vers les complémentaires mutuelles et assurances sont ressentis selon l'enquête Viavoice de 2010 comme un accroissement des inégalités de santé par 73 % et 54 % comme une étape de la privatisation du système de santé.

Des mesures contre-productives:

- Les inégalités sociales de santé aggravées l'écart d'espérance de vie entre un ouvrier et un cadre supérieur, est de 7 ans mais elle est de 10 ans concernant l'espérance de vie en bonne santé.
- La mise en cause de la prévention : La politique de promotion de la santé et l'éducation sanitaire voient leurs crédits subir des coupes budgétaires. La médecine scolaire est à l'abandon et la médecine du travail est menacée de disparition.
- Des déficits historiques, loin d'un retour à l'équilibre prétendu, en liaison avec les réformes menées, le refus de dégager de nouveaux financements et la restriction des recettes liée à l'entrée dans une nouvelle phase de la crise systémique à partir de 2008
- Un rationnement, en liaison avec la procédure d'alerte, qui concerne les plus pauvres, les plus malades (ceux qui sont en ALD), entraînant un renoncement ou un report des soins, alors que ceux qui peuvent payer sollicitent davantage les mécanismes privés et les assureurs. Le principe de la « *responsabilisation* » mis en avant pour justi-

fier ce type de réformes prétendait s'attaquer aux comportements « abusifs » vis-à-vis du système de santé, mais le nomadisme médical et la surconsommation de soins apparaissent comme des phénomènes marginaux. Si l'orthodoxie libérale prétend que, comme pour l'assurance automobile, les franchises limiteront efficacement les dépenses, cela risque de porter un nouveau coup au système de soins solidaire.

- Les réformes dites incontournables pour « sauver » le système de protection sociale tendent à un système de plus en plus privatisé, voire à terme un système « à l'américaine ». Or aux Etats-Unis, 20 % de la population reste sans couverture maladie, des personnes sont mal couvertes alors qu'elles souscrivent des assurances de l'ordre de 600 dollars par mois, 1 000 dollars pour un couple avec deux enfants, d'ailleurs les indicateurs de santé y sont en moyenne très médiocres. Certains proposent même la création en France de « comptes épargne santé » à grande échelle, forme de capitalisation financière privée sur le modèle des réformes menées par l'administration Bush aux Etats-Unis.
- Les affections de longue durée dans le collimateur. C'est le recul de la prise en charge à 100 % des maladies graves. La CNAMTS recensait 7,7 millions de bénéficiaires d'une affection de longue durée prise en charge à 100 % par l'Assurance-maladie. Le taux de personnes en ALD est de 13,6 %. Les pathologies qui contribuent le plus à la croissance des ALD sont le diabète (+ 7,0 % par an), les maladies cardiovasculaires (+ 5,8 %), les tumeurs malignes comme le cancer de la prostate (+ 11,7 %) et le cancer du sein (+ 5,7 %). L'association française des diabétiques, estime que la politique menée induit implicitement que certaines des maladies chroniques actuellement prises en charge à 100 %, ne le seront plus à l'avenir. Ainsi le diabète exige une adaptation profonde, un suivi et un traitement permanents, si les diabétiques vivent plus longtemps aujourd'hui en France qu'il y a 20 ou 30 ans, c'est grâce à une meilleure prise en charge de la maladie et de ses complications. Celles-ci sont « la conséquence du mauvais suivi du traitement », rappelle l'AFD, qui craint qu'une moindre prise en charge conduise à une détérioration des pratiques de la part des patients en difficulté financière et à des frais beaucoup plus importants pour la collectivité.

◆ Une réforme de l'hôpital ravageuse

1. Une réforme du financement de l'hôpital qui met en cause l'hôpital public : la tarification à l'activité.

Après le plan hôpital 2007, et la T2A votée en 2004, nous sommes entrés dans le plan hôpital 2012. Cette réforme du financement de l'hôpital prétendait unifier les règles de financement entre hôpital public et privé. Progressivement généralisée à l'ensemble du secteur hospitalier, elle aggrave les défauts du système antérieur et instaure des primes « à la performance » en déclarant encourager « l'excellence » de certains établissements. Mais les services jugés performants seront précisément des établissements privés, qui se spécialiseront dans les actes rentables auprès de clientèles privilégiées. Les hôpitaux publics, attachés à leur mission de service public, doivent accepter la patientèle des urgences, les personnes pauvres, les personnes âgées peu favorisées financièrement, les pathologies lourdes, ce qui évidemment, coûte plus cher en soins. La tarification à l'activité conduit à ce que les hôpitaux publics soient qualifiés de « peu performants » parce qu'ils devront prendre en charge les malades « peu rentables ». Ces établissements se retrouveraient alors « punis » par une rémunération plus faible l'année suivante, et le cas échéant menacés de fermeture parce que déclarés non rentables. Cela aboutit à la domination des structures privées rentables, voire à l'installation, dans ce qui subsistera de l'hôpital public, de services privés et de la domination des règles du profit privé et de la rentabilité financière. Cela renforce l'accélération des fusions et des privatisations, et des « partenariats publics-privés » où des fonds publics tendent à alimenter les profits de structures privées.

2. La loi Bachelot : Hôpital, patients, santé, territoires, 2008-2009 conjugue étatisation et marchandisation, en visant la réduction de l'offre publique de soins et l'introduction de la concurrence, du marché, de la privatisation. Depuis 2007, l'idéologie libérale impose dans le domaine de la santé une rupture profonde.

Etatiser plus pour marchandiser plus. Les réformes menées combinent l'intervention croissante des pouvoirs publics dans la gestion des établissements de soins et l'introduction du marché comme moyen de coordination des acteurs. Ce sont à la fois l'étatisation et la marchandisation. L'étatisation vise finalement le développement de la marchandisation. D'un côté, l'État intervient de façon croissante dans la politique hospitalière via les agences régionales de l'hospitalisation puis les ARS. De l'autre, le mouvement de marchandisation s'accélère, notamment par l'intermédiaire d'une évolution du mode de tarification. La loi Bachelot génère des effets pervers, notamment dans l'accès aux soins. Elle conduit à la création d'Agences régionales de santé dont l'objectif affiché est

de renforcer « le pilotage territorial de notre système de santé et le rendre plus efficace ». Ces nouvelles structures se substituent aux ARH, mais également aux pôles santé et médico-social des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (DRASS et DDASS), aux Unions régionales des caisses d'assurance-maladie (URCAM), aux directions sanitaires des caisses régionales d'assurance-maladie (CRAM). La régionalisation de la politique de santé, accroît comme en Grande-Bretagne et dans les pays scandinaves, les inégalités de soins entre régions riches et pauvres.

* La *corporatization*, c'est l'application des règles de la gouvernance d'entreprise aux établissements hospitaliers, elle tend à s'imposer pour la gestion de l'hôpital en France, c'est un modèle hybride entre la propriété sociale publique et une forme privée. L'objectif est de transformer les établissements publics de soins en organisations prétendues indépendantes du pouvoir politique, en les dotant d'instances nouvelles et autonomes.

* La révolution managériale dans les hôpitaux s'est heurtée à l'opposition des personnels. Les techniques de management participatif ont favorisé une taylorisation de l'activité des établissements de soins, notamment *via* des techniques d'évaluation (chronométrage, contrôle) accélérant la contestation des personnels, comme des médecins, car elles ne tiennent pas compte de la spécificité de l'activité médicale. La marchandisation croissante des établissements hospitaliers, notamment l'évolution des techniques de financement, pose des problèmes éthiques. La tarification à l'activité introduit en effet des risques de discrimination. Elle privilégie les plus jeunes par rapport aux plus vieux, incite à ne soigner que les malades qui ont un coût faible pour la société et opère une discrimination envers les patients qui nécessitent des soins coûteux. Enfin, dans la perspective d'une réforme profonde de l'assurance-maladie et d'un transfert croissant du financement vers des assurances complémentaires, cette méthode conduit inéluctablement à un système à plusieurs vitesses. La marchandisation de l'hôpital aura des coûts humains considérables.

La mise en œuvre de la loi Bachelot : la réalité dépasse la fiction

Public, privé : la confusion organisée. De nouvelles mesures mettent en cause le service public hospitalier. La loi Bachelot ouvre la voie à la privatisation des établissements. Les vastes plans de suppression d'emploi mis en œuvre dans le secteur hospitalier visent la recherche croissante de gains de productivité et de rentabilité. Les pouvoirs dominants cherchent à améliorer l'image de profitabilité d'établissements hospitaliers choisis aux yeux d'éventuels investisseurs privés. Ils visent l'ouverture du secteur à la concurrence avec notamment la technique de

délégation de service public. Cette loi tend à estomper la frontière public/privé. La notion même de mission de service public est évacuée avec la possibilité de confier des missions de santé publique à des structures lucratives. L'enjeu est de gommer toute référence au service public, en organisant la marche vers la disparition même du statut public de l'hôpital comme des personnels. Cela s'inscrit dans la réduction systématique des dépenses et des emplois publics (la RGPP). On prétend inciter à des partenariats public / privé, en réalité on installe la domination du privé et des critères de la rentabilité financière.

Des « véritables patrons » :

Les personnels de direction pourront être recrutés à partir du recours à des « managers » du privé mais ils seront sous la coupe du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

Une vision de « l'hôpital conçu comme une entreprise » s'inscrivant dans la perspective d'une marchandisation de la santé :

La course au productivisme, aux actes rémunérateurs, et à la sélection des patients, selon des critères de rentabilité s'accélère.

* **La démocratie sacrifiée :** La loi Bachelot vise à réformer en profondeur l'organisation des établissements pour la calquer sur celle des sociétés anonymes. Le conseil exécutif est remplacé par un directoire présidé par le directeur de l'établissement. Le président de la Commission médicale d'établissement prend la vice-présidence de cette nouvelle structure. L'objectif est de concentrer les pouvoirs de direction sur une entité composée de certains médecins et de membres de l'équipe dirigeante. Le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance dont les pouvoirs sont considérablement réduits. Le pouvoir est concentré au niveau du président du directoire, en diminuant le rôle du conseil de surveillance qui remplace le conseil d'administration. On passe d'un conseil qui administre, à un conseil qui surveille ce que l'on veut bien lui montrer. C'est un dessaisissement des élus locaux, des représentants des usagers et des personnels de leur place dans la gestion des établissements publics de santé. On accélère la mise en concurrence au sein même de l'hôpital, une pression financière sans pitié visant la rentabilité immédiate des actes s'intensifie, au détriment de la réponse aux besoins de santé des malades.

Un renforcement de l'autoritarisme et du centralisme au détriment de la démocratie sanitaire, une étatisation permettant d'accélérer la marchandisation de la santé.

Les ARS, Agences Régionales de Santé, nouveaux bras armés de l'État et des forces libérales dans la santé.

* La personnalité morale de droit public est affirmée mais avec une concentration de pouvoir dans les mains du Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé. C'est une déconcentration du pouvoir central et non une décentralisation.

* **Cette loi ne permet pas de répondre aux besoins des personnes et des territoires** alors qu'il s'agirait de partir des besoins et non de l'offre de soins en considérant qu'il faut la déduire. La proximité et la sécurité en sont les deux axes principaux. Le concept de besoins de santé est totalement absent de ce texte. Les besoins sont présentés comme connus et satisfaits, il s'agirait seulement de mieux répartir l'offre de soins. En réalité l'objectif, c'est de réduire l'offre publique des soins.

Alors que la situation budgétaire des hôpitaux publics est catastrophique, leur surendettement explose dans la crise financière avec le durcissement des critères du crédit et des taux d'intérêt. Les déficits budgétaires vont s'accroître avec l'asphyxie financière des hôpitaux. Les plans de redressements vont imposer des privatisations d'activité, des réductions de services, d'emplois, des pertes de droits pour les personnels des établissements. La loi Bachelot amplifie les attaques contre l'hôpital public. Elle fonde un hypothétique retour à l'équilibre financier sur la seule réduction de l'offre hospitalière publique. Ainsi cela remet en cause le principe d'égalité d'accès à la santé. Aucune solution n'est proposée pour réduire les inégalités criantes. Fondamentalement c'est l'absence d'une politique cohérente de promotion de la santé. Ainsi la Loi Bachelot prévoit de ne plus rendre obligatoire la consultation systématique des enfants par la médecine scolaire, et supprime l'obligation de formation continue pour les professions de santé. On assiste à la montée de la financiarisation, de la mise en concurrence et de la domination des groupes dominants. Cela concerne notamment les pharmacies, les laboratoires de biologie, etc.

* **Des territoires de santé en nombre très réduit.** Les « Communautés Hospitalières de Territoires » sont présentées comme le mode de coopération pour les établissements publics. C'est la volonté d'arriver à une seule structure par territoire de santé afin de réduire le nombre des établissements publics, ce qui va se traduire par une désertification supplémentaire de la couverture sanitaire du pays. On va accélérer la mise en concurrence des établissements, favoriser les regroupements au détriment des hôpitaux de moindre taille qui, fragilisés, perdront une grande part de leur attractivité, de leur qualité et de leur efficacité. Ils ne satisferont plus les besoins locaux. On pourra alors en faire un ghetto pour personnes âgées, sans tenir compte de leurs besoins psychologiques, humains et sanitaires. La « mutualisation » est en réalité celle de la pénurie et des restrictions budgétaires, sans prise en compte des

besoins des personnes et des territoires, des coopérations indispensables entre établissements publics pour une meilleure réponse aux besoins de santé de la population. Le directeur a le pouvoir de restructurer et décider des transferts de services ou de matériels lourds entre les établissements membres des communautés. On opère une concentration sur quelques chefs d'établissements (les CHT) des pouvoirs délégués par le ministère, sous tutelle du directeur général de l'Agence Régionale de Santé nommé et dépendant du pouvoir central.

Un nombre très réduit de territoires, moins d'une centaine : les Directeurs généraux des Agences régionales de santé, DG ARS, ont déjà pris des décisions aux conséquences graves. Le territoire de santé est l'entité géographique de support de la communauté hospitalière de territoire prévue dans la loi HPST. Ce serait le regroupement en une entité unique des structures sanitaires et médico-sociales publiques. En Champagne Ardennes, le découpage est de deux territoires pour l'ensemble des quatre départements. En Rhône-Alpes, le découpage retenu est de 5 territoires pour 8 départements, intitulés macro-territoires dans cette région. En Bretagne, 4 territoires sont prévus. En Limousin, le découpage se réduit à un territoire unique pour les trois départements.

Les conséquences de cette concentration extrême : tout d'abord, cela va éloigner les lieux de décisions du terrain, des salariés. C'est aussi un éloignement en termes de proximité des besoins de santé de la population. C'est une hyper concentration portant fondamentalement un recul démocratique. C'est aussi une ouverture pour la privatisation rampante du secteur sanitaire. La concentration au niveau du territoire de santé des services logistiques offre une réelle opportunité pour les grands groupes privés des sociétés dites de services de tenter d'entrer plus largement dans le secteur hospitalier. Mais cela peut avoir aussi de vrai impact pour l'économie locale. En effet, les Etablissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) comme les hôpitaux locaux sont un marché pour les fournisseurs locaux. Cela ne serait plus possible en cas de centralisation au niveau du territoire de santé, cela pourrait remettre en cause l'existence de commerces locaux. La concentration au niveau des territoires de santé augmenterait aussi gravement les transports. Cela augmenterait les « restes à charge » pour les usagers. Ce serait un obstacle de plus, une raison supplémentaire de renoncement ou report de soins.

La permanence des soins hospitalière mise en cause : ainsi dans la région IDF, le directeur général de l'agence régionale de santé, Claude Evin, a annoncé une organisation pour les nuits et les samedis après-midi et dimanche toute la journée avec un seul bloc opératoire,

un seul service des urgences, un seul service d'imagerie médicale ouvert par département. Une telle casse détruirait la proximité et la sécurité.

Des hôpitaux publics surendettés et en grandes difficultés : devant leur retard en investissement du fait des restrictions budgétaires, dans le cadre du Plan « Hôpital 2007 », ils ont eu l'autorisation d'emprunter directement auprès des banques. Certes cela a engendré une relance de l'investissement hospitalier, soit +52 %, de 2002 à 2006. Alors que la progression n'était que de 3,4 % en moyenne annuelle de 1991 à 2001, elle a été constamment supérieure à 8 % depuis. Mais la conséquence directe a été que l'encours de la dette a augmenté de 88 % en 10 ans. La deuxième conséquence de ce recours à l'emprunt massif est que la charge de la dette peut représenter 75 % de la capacité d'autofinancement générée par les comptes d'exploitation. Dans certains établissements, cette charge monte à 85 %. La crise financière fait exploser cette situation avec l'incapacité pour les hôpitaux publics de rembourser leur dette, ce qui les plonge dans une crise très grave. Cette frénésie d'emprunt traduisant le retard considérable d'investissement, va plomber l'avenir de ces établissements publics ; le manque de personnels, la démographie médicale catastrophique et la fuite vers le privé aggravent cette situation.

Des mesures qui contredisent les besoins de développement : alors que la protection sociale et la santé participent au développement économique, à la création de richesses et à l'emploi. L'industrie pharmaceutique et la recherche en biotechnologies exigeraient des investissements importants, L'industrie pharmaceutique est soumise à la financiarisation de court terme et procède à des licenciements massifs et à des fermetures de laboratoires.

Pour une autre réforme du système de santé conjuguant efficacité sociale & solidarité

Au lieu d'être un handicap, les dépenses de santé peuvent constituer un facteur de développement économique et social. Les théories néo-classiques présentent les dépenses de santé comme un « boulet » pour l'économie et cherchent à réduire l'offre publique de soins. On peut montrer au contraire qu'elles permettent d'augmenter l'espérance de vie en bonne santé. En outre, elles jouent un rôle moteur pour l'économie puisqu'elles participent pour 10% au PIB et qu'elles constituent un facteur de croissance. Les dépenses et le système de santé contribuent de façon dynamique à l'emploi, le secteur de la santé représente 10% des emplois, dont 1,2 million pour le secteur hospitalier. Les dépenses de santé contribuent également à élargir la consommation privée et collective des ménages, donc à relancer les débouchés des entreprises en favorisant l'incitation à investir et l'accroissement de la production. La force de travail en bonne santé profite à l'entreprise à travers le développement de la productivité du travail. Que la dépense de santé s'élève dans les pays hautement industrialisés n'a rien de scandaleux. L'accroissement du niveau de développement économique engendre une part de plus en plus importante du revenu consacré aux besoins dits secondaires ou tertiaires, ce qui expliquerait qu'aujourd'hui la croissance des dépenses de santé tende à s'élever plus rapidement que celle du PIB.

Des réformes sont incontournables :

a) Une réorientation des dépenses

Une réforme de progrès pour sortir de la crise du système de santé : lutter contre les inégalités sociales de santé qui tendent à s'aggraver, mieux centrer le système sur la prévention, notamment la prévention au travail contre les accidents et les maladies professionnelles.

* Notre système n'est pas suffisamment gratuit.

Il l'est de moins en moins, alors qu'il faudrait un accès précoce aux soins, notamment pour les plus modestes. Contrairement à la vision libérale, la gratuité des soins n'est pas source de dépenses supplémentaires comme le montre l'exemple des pays scandinaves. Il s'agirait donc d'inverser la tendance actuelle en revenant vers la gratuité des soins, en priorité pour les populations les plus modestes

* **Le principe du paiement à l'acte pour les soins de ville doit être réexaminé.** Il existe d'autres expériences de rémunération des médecins, dans les centres de santé, dans la médecine en réseau, etc. Le système de

santé doit être moins émietté, beaucoup plus coordonné. Les réseaux médecine de ville-hôpital, comme il en existe pour le sida, pour le diabète, fournissent des exemples de constructions efficaces. Des réseaux de soins coordonnés d'un type nouveau pourraient être impulsés afin de mettre en relation les généralistes et les spécialistes, les travailleurs sociaux, les autres professionnels de santé, pour organiser un meilleur suivi du malade, ce qui implique une revalorisation de la médecine générale.

* **Un contrôle public et social sur la gestion des industries pharmaceutiques** semble indispensable avec les interventions des salariés et des usagers. Il est nécessaire de mettre en place une formation continue obligatoire des médecins qui soit indépendante des entreprises pharmaceutiques, car il convient de former et d'informer les médecins de ville mais aussi les malades sur l'évolution des traitements, des médicaments, des nouvelles pathologies.

* **Un plan d'urgence emploi-formation**, pour le système de santé, notamment pour un nouveau type de gestion de l'hôpital est incontournable, afin de sortir de la crise de la démographie médicale, pour l'hôpital comme pour les soins de ville. Ce sont au minimum 40 000 infirmiers et 9 000 médecins par an qu'il s'agirait de former pour inverser les tendances actuelles de la démographie médicale.

* **Une démocratie sanitaire et sociale** serait à construire, ce qui impliquerait de réhabiliter les élections des administrateurs des caisses d'assurance-maladie, avec également des droits et pouvoirs nouveaux des salariés et des malades dans la gestion de l'hôpital lui-même.

* Une proposition : les assises régionales de santé

Face à la casse organisée, et la déstructuration/restructuration régressive de l'hôpital, un contre-pouvoir mettant en chantier des propositions alternatives de réforme de progrès est indispensable. C'est l'enjeu des Assises régionales de santé que nous proposons. C'est aussi une volonté d'une démarche et d'une structure démocratique pérenne, qui permette de se faire l'écho des besoins de la population, afin qu'elle soit informée et actrice des réponses apportées à ces besoins et puisse contrôler démocratiquement la mise en œuvre de ces réponses. Un ancrage départemental et communal serait nécessaire. Cela permettrait de mettre en débat nos propositions alternatives par exemple concernant les centres de santé publics plutôt que les maisons médicales privées. Ces assises régionales seraient un lieu de recensement des besoins sanitaires et sociaux, de détermination des réponses à apporter à ces besoins et de contrôle de la mise en œuvre de ses réponses, c'est un lieu de l'intervention citoyenne

des professionnels, des personnels, des usagers, des élus. C'est une concrétisation de la démocratie sanitaire participative de proximité indispensable pour s'opposer aux pouvoirs sans limites des DG ARS.

b) Une autre réforme du financement de l'assurance-maladie :

Pour sortir de la crise systémique et de la crise du financement du système de santé, un nouveau type de politique économique et de gestion des entreprises est indispensable pour un nouveau type de croissance. Face à la montée du chômage, il s'agirait de sécuriser et de développer l'emploi et la formation. Le relèvement des salaires et de la part des salaires dans la Valeur ajoutée conduirait aussi à de nouvelles rentrées de cotisations sociales. Il serait nécessaire de mettre un terme à la politique d'exonérations des cotisations patronales qui ont atteint 30 milliards d'€ en 2008, dont au moins 4 milliards ne sont pas compensés, tandis que la dette de l'État vis-à-vis de la Sécurité sociale s'accroît de 2 milliards d'€ par an. L'affectation des taxes sur les tabacs et les alcools n'a plus de caractère systématique, alors qu'elles devraient contribuer au financement de l'assurance-maladie, leur total s'élevant à 15 milliards d'€ par an.

Quelles propositions pour un financement en dynamique du système de santé ?

Les revenus financiers des entreprises et des Banques s'élevaient en 2009 à 305 milliards d'euros et échappent à toute cotisation sociale. L'instauration d'une cotisation nouvelle égale à l'actuelle cotisation patronale apporterait plus de 39 milliards d'€ de ressources à l'assurance-maladie. Il est également nécessaire de mettre en place une réforme de l'assiette des cotisations patronales sur le principe d'une modulation et d'un accroissement des taux et de la masse des cotisations patronales. Cette réforme viserait à inciter au développement de l'emploi, des salaires, de la formation, les dépenses pour les ressources humaines étant source de nouvelles rentrées de cotisations.

Référence : Michel Limousin et Catherine Mills : *La protection sociale en danger. Stratégie pour une alternative.* Le Temps des Cerises 2^e édition 2010

Quatrième séance du Séminaire : jeudi 19 mai 2011, 19h
dans les locaux de la Fondation Gabriel Péri

Quel financement pour l'hôpital ?

Conférence Jean-Paul Domin

Je vais commencer cette intervention qui porte sur le financement de l'hôpital public en faisant une provocation : paradoxalement, il me semble qu'il n'y a pas de bons moyens de financer l'hôpital.

Le prix de journée a été le premier mode de financement du système hospitalier, il avait ses qualités, il avait ses défauts. Le budget global l'a suivi à partir de 84. Il avait plus de défauts que de qualités. Et puis, troisième étape, l'étape qui se développe à partir de 96, est le financement à la pathologie à l'activité qui est en fait, un mode de financement a priori, on le verra tout à l'heure, de l'hôpital. Et il ne me semble pas qu'il y ait un bon système de financement. En fait, tout dépend de la façon dont on veut financer l'hôpital.

Il me semble qu'avec le prix de journée, on était dans une phase de croissance économique et il y avait une convention qui supposait qu'il était normal que l'on donne de l'argent à l'hôpital et plus généralement à la santé.

Donc, ce que je vous propose de faire en fait, c'est d'organiser un peu la séance en trois grandes étapes, d'essayer de voir les trois modes de financement de l'hôpital qui se sont succédé. Et puis, dans la dernière étape, la tarification à l'activité : montrer d'abord d'où ça vient, mais également voir un peu tous les risques qu'il y a, qui sont liés à ce mode de tarification. Et on terminera en fait, la séance en essayant de dresser des pistes alternatives possibles pour l'hôpital.

1. Le prix de journée

En fait, le prix de journée est un mode de financement relativement ancien. Pourquoi ? Au XIX^e siècle, les hôpitaux étaient des établissements communaux qui étaient financés pour majeure partie par soit des financements immobiliers - les hôpitaux avaient été créés avec une Fondation et cette Fondation permettait de financer l'hôpital - soit, un autre mode de financement qui a commencé à émerger vers le milieu du XIX^e siècle qui était le financement par rente sur l'Etat. On transformait le capital immobilier en rente sur l'Etat.

A partir de la fin du XIX^e siècle, il y a des nouveaux malades qui arrivent à l'hôpital. Ces nouveaux malades

sont d'abord les bénéficiaires de l'assistance, l'AMG, l'assistance médicale gratuite, loi de 1893. Loi, j'ouvre une parenthèse, qui a quand même perduré pas mal d'années, parce qu'en fait, elle a été supprimée quand on a créé la CMU. Donc, c'est quand même une loi relativement importante. Loi qui dans son article premier, disait que tout Français privé de ressources avait le droit à voir ses frais de santé financés soit par l'Etat, soit par les communes, soit par les départements. Et donc, ces malades bénéficiaires de l'AMG étaient soignés dans les hôpitaux ; soit l'Etat, soit les communes, soit les départements finançaient leurs séjours à l'hôpital. Et ils le finançaient comment ? Avec un prix de journée. Et progressivement tous les malades non indigents, si je puis dire, c'est-à-dire ceux qui n'étaient pas soignés gratuitement par l'hôpital ont eu un prix de journée.

Les malades bénéficiaires de la charte de la mutualité... les mutualistes qui commençaient à être hospitalisés à la fin du XIX^e sont hospitalisés avec un prix de journée. Et puis, en 1930, les malades qui sont désormais des assurés sociaux, après le vote des lois sur les assurances sociales, ces malades, eux aussi, entrent à l'hôpital et leur séjour est financé par un prix de journée.

En 1941, quand la loi qui va réformer l'hôpital est promulguée, (c'est la loi du 21 décembre 1941), on décide que le financement hospitalier est un financement par prix de journée. L'idée du prix de journée, va alors se développer à partir des années 40, et jusque dans les années 70 où il va commencer à être remis en question.

On va essayer de s'attarder un peu sur le mode de calcul, parce que c'est un mode de calcul a posteriori. Comment fait-on pour calculer le prix de journée ? On prend l'ensemble des dépenses de l'année précédente, ces dépenses on les divise par le nombre de journées d'hospitalisation : on a donc un prix de journée. C'est somme toute, un mode qui est relativement primaire et le problème de ce système, c'est que c'est un financement a posteriori. C'est-à-dire qu'à la fin de l'année N, on calcule le prix de journée de l'année N. Et pour l'année N+1, on va utiliser le prix de journée de l'année N que l'on va aménager tout simplement pour tenir compte de l'évolution du coût de la vie, de l'évolution des admissions, etc., etc. Mais ce mode de financement, de façon comptable,

est primaire. On va voir que la tarification à l'activité est plus complexe. Ça ne veut pas dire qu'elle est plus juste, entendons-nous bien là-dessus.

Avec ce mode de tarification, il y a une convention. A savoir que dans les années de croissance économique, il faut rappeler quand même que l'hôpital emploie 250 000 personnes en 1968. 250 000 personnes, c'est plus qu'EDF-GDF, qui sont à 135 000. C'est à peu près la même chose que les PTT qui sont à 250 000, et c'est moins que la SNCF qui est à 350 000. Donc, l'hôpital public est un employeur. Et il y a une convention et cette convention suppose qu'on est prêt à dépenser de l'argent pour la santé. Ça, c'est la convention qui se développe à partir des années 45 et jusque dans les années 70, on va partir du principe qu'il est normal de financer l'hôpital.

Avec ce prix de journée, à mon avis, il y a deux éléments qu'il faut retenir. Ce prix de journée, dans cette période de croissance, c'est un mode de financement juste. Pourquoi ? Parce qu'il s'inscrit dans une démarche qui est une démarche solidaire. En d'autres termes, les moins malades paient pour les plus malades. Si on décide, en fait, de calculer un prix moyen, il y a toujours des gens qui sont gravement atteints, donc, qui coûtent plus chers, il y en a d'autres qui sont plus faiblement atteints et qui coûtent moins cher. Et donc, on va partir du principe que les moins atteints pathologiquement paient pour les plus atteints. Donc, somme toute, c'est un mode de financement qui est juste.

On peut dire que ce mode de financement est intéressant pour les médecins, et est intéressant pour les établissements hospitaliers. Pourquoi ? Parce qu'on rejette le surplus de financement sur un service annexe. Ce service annexe, c'est la Sécurité Sociale. On ne va pas stigmatiser les médecins, mais c'est vrai que les établissements ont tendance à utiliser le prix de journée pour financer les établissements. Je prends un exemple tout simple. Les accouchements dans les années 70, c'est 4, 5, 6 jours d'hospitalisation. Même un peu plus. C'est plutôt 7, 8, jours. Sur ces 7, 8 jours, on a 2 jours, qui sont des jours qui coûtent cher. Après, qu'est-ce que c'est ? Après, c'est de l'hôtellerie. Donc, en fait, on a des coûts importants les 2 premiers jours, les 2, 3 premiers jours, et puis ensuite, les dépenses diminuent dans la mesure où la femme et son bébé n'ont plus besoin de soins très importants. Ce ne sont que des dépenses d'hôtellerie.

Donc, en fait, les établissements se servent de ce mode de financement pour avoir des réserves financières en plus et ça va leur servir pour se financer, et donc, pour acheter des plateaux techniques de plus en plus performants.

Le prix de journée, et c'est l'inconvénient, est un mode de financement qui est inflationniste. Et autant en période de croissance économique, ça ne pose pas de problème, autant, à partir de la fin des années 70, ça va commencer à poser un problème. Pourquoi ? Parce qu'on change de référentiel. On change de référentiel politique. Le référentiel politique des 30 glorieuses, c'est le référentiel keynésien c'est-à-dire qu'on paie pour la santé, il n'y a pas de problème. Le référentiel qui commence à apparaître dans les années, à la fin des années 70, au début des années 80, c'est un référentiel marchand, c'est un référentiel néoclassique qui suppose que l'Etat n'a pas à financer les soins de la population. C'est à la population de s'assurer pour financer ces soins. Et là, progressivement, on va avoir un basculement.

On va avoir un basculement, c'est-à-dire que progressivement, on va commencer à dire « la santé n'a pas de prix, mais elle a un coût ». Et quand on a dit ça, on a tout dit, et donc, la philosophie commence à évoluer. Ainsi la loi du 4 janvier 78 prend acte de la croissance des dépenses hospitalières, et cette loi va commencer à expérimenter d'autres modes de financement de l'hôpital.

Et donc, il y a 2 modes qui vont être utilisés, ou 3. Il y a 2 versions du prix de journée, alors c'est ce qu'on appelle le prix de journée éclaté. L'idée du prix de journée éclaté, c'est qu'on va hiérarchiser, en fait, les services, et on va avoir un forfait d'admission et ensuite, on va avoir un prix selon le service que l'on fréquente. Ça, c'est le premier mode de prix de journée. On a une seconde version du prix de journée qui est soutenue par la FHF, la Fédération Hospitalière de France, qui est une version somme toute, relativement proche de la première.

Et puis, on a un autre mode de financement qui est alternatif au prix de journée, qui est le budget global. L'idée du budget global, on va la voir en profondeur un peu tout à l'heure, mais il faut essayer de la schématiser. C'est un mode de financement qui a été expérimenté en Amérique du Nord, notamment au Canada. L'idée, c'est qu'on verse une enveloppe globale à l'hôpital par mois et avec cette enveloppe, l'hôpital est chargé de se débrouiller.

Il faut d'abord revenir dans l'espace politique des années 80. C'est le changement de 81, et le Ministre de la santé, que vous connaissez, c'est Jack Ralite. En 82 il publie un livre qui s'appelle « Retour de France », et dans ce livre en fait, il dit globalement, qu'il est assez favorable au budget global. Pourquoi ? Parce que d'abord pour lui, il faut supprimer le mode de financement antérieur de l'hôpital, pour lui, ça n'a plus de sens, c'est injuste socialement. Deuxièmement, il est favorable à ce qu'on appelle la départementalisation, qui commence à se déve-

lopper en 1982. Il est favorable à ce mode d'organisation des établissements. Enfin, il estime que le budget global est un moyen qui va limiter les effets pervers du prix de journée.

Donc, on a globalement un accord sur cette question, mais le système n'est pas encore mûr pour accepter le budget global. La Fédération Hospitalière de France, qui est un groupe de pression, ralentit en fait, l'émergence du budget global, d'autant plus qu'on est dans une période politique un peu trouble. Il y a des grèves des internes, il y a des grèves des médecins, et vous savez aussi bien que moi que Ralite ne fait pas l'unanimité chez les médecins.

Et donc, quand il part du Ministère de la santé en 1983, quand il est remplacé par Edmond Hervé, ça commence à évoluer. Certains médecins, beaucoup de politiques sont favorables à la révolution et donc, à l'émergence du budget global. Mais bien entendu, on est ici dans une logique qui est quand même assez différente de la logique que prônait Jack RALITE. Et à partir de 1983, on va expérimenter, on va développer dans les hôpitaux, un nouveau mode de financement qui est le budget global.

2) Deuxième période : le budget global

Ce budget global est décidé par une loi du 19 janvier 1983, et il doit être relié à une autre évolution de l'organisation des hôpitaux, c'est en fait le décret du 11 août 1983 qui met en place les centres de responsabilité.

Les centres de responsabilité, c'est ce qu'on appelle la DPO, la Direction par objectif : l'idée, c'est qu'on va donner aux médecins plus de responsabilités, notamment, les médecins sont associés à la gestion de leur service. On entre dans ce qu'on appelle la gouvernance, et on en discutera un peu tout à l'heure si vous voulez. Mais on entre là, à partir des années 80 dans une deuxième période : on sait qui est le Directeur des hôpitaux au Ministère, c'est Jean de KERVASDOUE, qui va influencer profondément toutes les réformes qui vont avoir lieu des années 80 jusqu'à nos jours. Il faut toujours avoir ça à l'esprit. Et cet homme a publié, il y a 5 ans, un ouvrage qui s'appelait « *L'hôpital vu du lit* ». Et c'est formidable. Et en fait, il se rendait compte, enfin, sans le dire, il se rendait compte en fait, de tous les méfaits de tout ce qu'il avait contribué à mettre en place dans les établissements hospitaliers...

Le décret du 11 août 83, c'est le début des centres de responsabilité. L'idée, c'est qu'on va associer les médecins à la gestion de leur service.

Alors, comment s'inscrit le budget global dans cette perspective ? Eh bien, on a chaque année un budget qui

est négocié entre la Direction et les centres de responsabilité, donc, les praticiens responsables de service. Il y a un budget qui est voté et ce budget est versé par la Caisse Régionale d'Assurance-maladie tous les mois à l'hôpital. Donc, c'est un versement par douzième, tous les mois, les établissements hospitaliers reçoivent le budget global.

On voit bien l'idée du gestionnaire hospitalier, c'est la contrainte. En fait, on introduit une contrainte, c'est-à-dire on vous dit « vous n'avez plus que 150 000 francs pour gérer votre service. Vous dépensez 152 000, c'est votre problème. Vous dépensez 148 000, eh bien, vous nous rendez le reliquat à la fin du mois ». Donc, en fait, on a un mode de financement qui est un mode de financement incitatif : on incite les médecins à réduire leurs dépenses. Là encore, il y a du pour, il y a du contre. Pour les partisans du budget global, celui-ci a permis d'infléchir les dépenses hospitalières. Je crois qu'il faut mettre un bémol : le budget global n'a absolument pas permis de réduire les dépenses hospitalières, c'est le taux directeur. C'est le taux directeur qui a été mis en place dans les années 1979, qui a lui, permis de réduire les dépenses.

Le budget global en fait, c'est plus un outil de rationnement des dépenses de santé. Alors, outil de rationnement, pourquoi ? Tout simplement parce que c'est là que se développent des inégalités entre petits établissements et gros établissements. A savoir que les établissements importants ont des réserves financières dues notamment à leur histoire, ils ont des équipes plus importantes et ils ont des aides plus importantes du Ministère. A l'opposé, le budget global, c'est le début des difficultés financières pour les petits établissements. Tout simplement parce qu'on est sur un mode de financement qui est somme toute, lui aussi, assez sommaire et les directions hospitalières ne font que, dorénavant, gérer la misère.

In fine, le budget global n'est absolument pas un mode de financement optimal pour les établissements. Pourquoi ? Tout simplement parce qu'il s'appuie, il repose sur un rationnement aveugle du système de soins. Et donc, en fait, l'évolution, elle va venir du développement de la comptabilité analytique à l'hôpital.

Au début des années 80, en 81, quand la gauche arrive au pouvoir, j'en ai parlé tout à l'heure, Jean de Kervasdoue arrive à la Direction des hôpitaux, enfin, vous vous souvenez qu'il arrive à la Direction des hôpitaux, mais on a scindé en fait, la Direction générale de la santé, pour la donner à Roux, et on a enlevé l'hôpital de la DGS pour la donner à de Kervasdoue qui lui, est proche du PS. Jean de Kervasdoue a fait ses études aux États-Unis, il a expérimenté en fait ; enfin, il a étudié aux États-Unis les modes de financement des hôpitaux, et il va s'intéresser à

un mode de financement a priori de l'hôpital. En fait ces travaux sont les travaux de Robert Fetter qui sont développés dans les années 70. Ces travaux, c'est le mode de financement de Medicare. Medicare, qu'est-ce que c'est ? Rapidement : Medicare, c'est un système de financement de la santé américain, c'est un mode de Sécurité Sociale américain qui a été créé en 1965 par Johnson et c'est un programme fédéral qui est réservé aux plus de 65 ans. Donc, les plus de 65 ans qui sont en-deçà d'un certain seuil de pauvreté, ont droit à avoir leurs soins hospitaliers financés par l'Etat fédéral. Et donc, en 1974, le fond Medicare demande à Robert Fetter de travailler sur un financement prospectif. Et ce que va faire Fetter en fait, c'est élaborer un coût de la santé.

Les origines du financement par pathologie

J'ai montré tout à l'heure, que le prix de journée, somme toute, c'est assez sommaire. Et ce que va essayer de mettre en place Fetter, c'est une tarification à la pathologie. Partant du principe que quand vous prenez un groupe de malades, prenons, des malades de l'appendicite, ces malades de l'appendicite, ont tous le même diagnostic primaire, mais il y en a qui sont plus atteints que les autres. Si on fait un coût moyen, il y en a qui sont en dessous du coût moyen, et il y en a qui sont au-dessus du coût moyen. L'idée de Fetter, c'est de constituer des groupes de malades qui soient des groupes les plus précis possible. Et donc de classer les malades autour de groupes homogènes de malades, enfin, c'est le terme français, DRG en américain (Diagnosis Related Group) et l'idée en fait, c'est de définir des groupes autour du diagnostic primaire, du diagnostic secondaire et puis ensuite de l'âge, etc., etc.

Donc, on essaie d'avoir des groupes de malades qui soient les plus homogènes possibles. Cette innovation dans les années 70, intéresse De KERVASDOUE et il va essayer de la mettre en place dans le système français et cette innovation : cela s'appelle le **PMSI**, (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information), que certains médecins, non sans humour, avaient appelé le « Petit Machin Sans Importance ». Et ce Petit Machin Sans Importance, le problème, c'est qu'il est aujourd'hui, le moyen qui a été choisi pour tarifier les établissements hospitaliers. Et donc, on a ici un instrument qui est un instrument relativement douteux. Alors, à partir de 1981, un groupe de travail se met en place au Ministère et ce groupe de travail, il va lui falloir 10 ans pour mettre en place définitivement, dans les hôpitaux, le PMSI.

En fait, de 1982 à 1992, il y a une expérimentation. Cette expérimentation c'est d'abord le développement des RSS, des Résumés Standardisés de Sortie. On met les RSS dans un logiciel groupeur et on a à la fin 471 groupes

homogènes de malades. Donc, on est sur la définition de Fetter. Puis, progressivement, ces groupes homogènes de malades vont s'affiner. Aujourd'hui, il me semble qu'on est aux alentours de 900 groupes homogènes de séjour, donc, on est sur des analyses beaucoup plus fines. Alors, 10 ans ! Il a fallu 10 ans pour que le PMSI se développe et en 1992, il y a une expérience grandeur nature en Languedoc-Roussillon, et à partir de là, le PMSI est prêt à servir.

Il est prêt à servir pour quoi ? En fait, il y a toujours eu un débat au sein de la petite cellule qui avait été créée par De Kervasdoue en 82, il y a toujours un débat sur le rôle du PMSI. C'est quoi le PMSI ? C'est un instrument de régulation interne, ou c'est un instrument de régulation externe ? Il y a toujours eu un débat. Il y avait les « pro-régulation interne », il y avait les « pro-régulation externe ». Et puis, progressivement, les choses changent : notamment à partir de l'arrivée de Gérard Vincent à la Direction des hôpitaux ; Gérard Vincent, était issu du Syndicat national des cadres hospitaliers. Donc, il est nommé à la Direction des hôpitaux, c'est un farouche opposant au budget global... j'ai retrouvé un article de lui, dans le Concours médical de 89, où il dit « Non au budget global » et il développe toute une idée relative à la mise en place de la tarification à la pathologie. Et donc, c'est à partir de l'arrivée de Vincent à la Direction des hôpitaux qu'une majorité de personnes est gagnée à l'idée d'une régulation externe. Et la régulation externe, c'est ce qu'on va avoir à partir de 1996, avec le plan Juppé et l'ordonnance du 24 avril 1996 qui met en place les ARH, les Agences Régionales de l'Hospitalisation.

C'est là que le PMSI va servir. Comment ? Eh bien, le PMSI sert à définir ce qu'on appelle des points ISA, alors ISA pour Indice Synthétique d'Activité. C'est-à-dire que tous les établissements utilisant le PMSI, tous les établissements vont développer un index, un indice qui s'appelle le point ISA. Ce point ISA, il est relatif de l'activité des établissements. Et donc, à partir de ce point ISA, on va définir un coût du point ISA.

L'idée, c'est que l'Agence Régionale de l'Hospitalisation qui va répartir les fonds entre les établissements de la région, va les répartir en fonction des points ISA. Quel est le mode de calcul ? Je vais essayer de le simplifier. Chaque établissement en fait, met en place grâce au PMSI ses points ISA. A partir de là, on définit une moyenne d'ISA au niveau de la région et les établissements vont se répartir en fonction de cette moyenne. Il y a des établissements qui sont au-dessus de la moyenne, il y a des établissements qui sont en dessous de la moyenne. Les établissements qui sont en dessous, on suppose qu'ils ont une activité moindre par rapport à l'activité régio-

nale, et donc, ils sont sur-dotés, si je puis dire. A l'opposé, ceux qui sont au-dessus, ont une activité supérieure à l'activité régionale, et donc, sont sous dotés. Et donc, on va désormais financer les hôpitaux en fonction de leur volume de points ISA. Plus le volume de points ISA est important, plus le financement est important.

Donc, il y a un élément ici, qui est relativement important : on est dans ce qu'on appelle la concurrence par comparaison, et cette concurrence par comparaison suppose que les établissements vont s'échelonner au niveau régional. Quelle est valeur de ton point ISA ? Voilà, c'est ça. Exactement. Et donc, à partir de là, les établissements avec un volume de points ISA important, on va les financer, alors que ceux qui ont un volume de points ISA plus faible par rapport à la moyenne régionale, on va commencer à remettre en cause leur financement.

Et c'est ce dispositif des points ISA qui va servir, et c'est la troisième étape, qui va servir à mettre en place la tarification à l'activité la T2A, qui est mise en place à partir de 2003 dans les établissements hospitaliers.

3) L'idée de la tarification à l'activité, qu'on a d'abord appelée « tarification à la pathologie »

Désormais, on va rémunérer les établissements selon leur activité, l'activité étant symbolisée par les fameux points ISA. Ainsi à partir de là, certains établissements vont avoir des financements annexes, notamment parce qu'ils sont un lieu de faculté de médecine, ou alors parce que ce sont des CHU et qu'ils font de la recherche, etc., etc. Donc, il y a des financements annexes, mais le mode de financement principal de l'hôpital, c'est la tarification à l'activité. Cette tarification à l'activité, en fait, à mon avis, marque une rupture. Pourquoi ? Parce que le passage à un paiement qui est un paiement prospectif favorise des dimensions industrielles et marchandes de l'hôpital au détriment de dimensions qu'on va appeler « civiques » ou « domestiques ».

En fait, l'idée première, c'est que l'hôpital favorise une dimension de la qualité qui est une dimension de la **qualité industrielle et marchande**.

Première dimension, la **dimension industrielle**. En fait, l'activité de soins est dorénavant appréhendée comme une activité de production. Et donc, quel est le synonyme de cette activité de production ? C'est l'ISA. C'est l'Indice Synthétique d'Activité. Et donc, que fait le point ISA ? Le point ISA incite les établissements hospitaliers à rationaliser leur activité afin de diminuer leurs coûts. Donc, on est ici, dans une logique qui est pleinement industrielle, à savoir que c'est à l'établissement de mettre en place une rationalisation de ses moyens pour

faire baisser ses coûts. Là, c'est le premier élément, à savoir qu'on va favoriser une dimension de la qualité de l'hôpital qui est une dimension industrielle. Ça, c'est le premier point.

Deuxième point, la T2A favorise une **dimension marchande** de la qualité. Cette dimension marchande est encore plus importante ; aujourd'hui, elle est mise en évidence avec les palmarès hospitaliers. Chaque année, on a un journal qui s'est spécialisé dans les palmarès hospitaliers. Alors, il y a forcément les bons hôpitaux et les mauvais hôpitaux. Les hôpitaux où il faut aller se faire soigner, et les hôpitaux où il ne faut surtout pas aller se faire soigner. Alors, en fait, cette dimension marchande des établissements, elle s'inscrit dans ce qu'on appelle l'achat de soins. Et ça, c'est une réalité aujourd'hui, qu'il faut appréhender, à savoir que dorénavant, on est en face de gens qui sont des acheteurs de soins.

Qu'est-ce qu'il s'est passé en Grande-Bretagne avec la réforme Thatcher ? Les hôpitaux ont été plus ou moins privatisés et ce sont des agences régionales qui achètent des soins à ces établissements. Eh bien, l'idée de la T2A, c'est que dans un futur plus ou moins proche, les ARH achèteront des soins aux établissements hospitaliers. Et ils les achèteront sur quelle base ? Sur la base du coût à l'activité.

Mais attention, il n'y a pas que les ARH, maintenant ce sont les ARS qui sont dans le système, il y a également les mutuelles. Il est inutile de préciser que certaines mutuelles ont maintenant des sites informatiques qui sont de plus en plus complexes, et ces sites incitent les malades à aller dans tel établissement, ne pas aller dans d'autres établissements, etc., etc. Là encore, la dimension marchande de l'hôpital, elle s'exprime comme ça. C'est-à-dire que dans quelques années, on aura complètement fait péter le système et on aura des médecins ou des institutions qui achèteront des soins pour le compte de leurs patients. Alors, l'ARH, maintenant l'ARS, achètera des soins pour le compte des assurés sociaux, et puis les complémentaires, achèteront des soins pour le compte de leurs adhérents. Donc, la T2A s'inscrit dans cette dimension marchande des établissements hospitaliers.

A l'opposé, on oublie **d'autres dimensions de la qualité qui sont les dimensions civiques et domestiques**.

La dimension civique de l'hôpital s'inscrit en fait, dans un processus. Pourquoi ? Si on définit un coût par pathologie, que les établissements ont-ils intérêt à faire ? Ils ont intérêt à recruter, et j'insiste sur le mot « recruter », ils ont intérêt à recruter des malades qui ont un coût plus faible par rapport au coût du GHM, devenu

GHS maintenant (Groupe Homogène de Séjour). Donc, ils ont intérêt à recruter des malades qui ont un coût plus faible par rapport au coût du GHS, tout simplement parce qu'ils pourront faire une marge sur ces malades.

A l'opposé, ils peuvent également avoir intérêt, c'est ce qu'on appelle le phénomène de la surcotation, ils peuvent avoir intérêt à recruter des malades qu'ils vont mettre dans d'autres GHS. Exemple tout à fait classique, c'est l'exemple des accouchements par césarienne. Ça repose sur quoi le financement d'une journée de malade ? Ça repose sur le RSS. Eh bien, qu'est-ce qu'on fait ? Au lieu de cocher la case « accouchement par voie normale », on coche la case « accouchement par césarienne ». Et je vais prendre un exemple, au lieu de vous rapporter 5 euros, ça va vous rapporter 25 euros. Attention, je vous donne un exemple complètement abstrait.

Donc, en fait, on a intérêt à prendre des malades que l'on va mettre dans un GHS qui rapporte plus de points ISA. Il ne faut pas toujours avoir à l'esprit que l'idée maintenant, c'est qu'il faut qu'on augmente le volume de points ISA. Et donc soit on recrute des malades dans des GHS qui sont plus élevés que ne l'est leur état, ou alors on met des malades dans des GHS qui rapportent plus à l'établissement.

Enfin, il y a une remise en cause d'une autre dimension de la qualité qui est la **qualité domestique**. La qualité domestique des établissements, c'est quoi ? C'est la proximité. L'idée de la carte sanitaire de BOULIN en 1970, (la loi BOULIN) était de mettre en place au niveau régional, une carte qui permette à n'importe quel citoyen d'avoir accès à un établissement hospitalier. Soit un centre hospitalier, soit un centre hospitalier régional. Mais qu'est-ce qu'on fait aujourd'hui en s'appuyant sur des statistiques d'activité : on ferme des structures, on ferme des blocs opératoires parce qu'il y a moins de 1500 actes par an, etc., etc. On centralise les soins au niveau de la Préfecture régionale, donc au niveau du CHU ou du


CHR. Qu'est-ce qu'il se passe ? Il y a tout simplement des fermetures des services, des fermetures d'établissements et puis forcément, la distance d'accès aux soins, elle, a tendance à augmenter. Parce que là où il fallait faire 20 minutes de voiture avant, pour aller à l'établissement hospitalier, aujourd'hui, il faut en faire 40 ou 50. Donc, en fait, il y a une augmentation progressive. Ça, les statistiques arrivent à nous le montrer. Il y a une augmentation progressive de la distance d'accès aux soins.

Pour conclure, il me semble en fait qu'il n'y a pas de financement optimal, et à mon avis, il n'y a qu'une seule chose qui entre en ligne de compte, c'est la pré-occupation qu'ont les pouvoirs publics d'investir ou non dans la santé.

Après tout, on peut très bien utiliser le PMSI, la tarification à l'activité dans une perspective qui est une perspective d'amélioration d'accès aux soins. On peut très bien le faire. Le problème, c'est qu'on l'utilise dans une perspective qui est toute autre. Donc, il ne me semble pas qu'il y ait de moyen optimal. Dans le même ordre d'idée, j'aurais très bien pu vous dire tout à l'heure que le budget global aurait pu très bien continuer à servir si on avait donné de l'argent aux établissements. Or, qu'est-ce qu'on a fait à l'époque ? On a organisé un rationnement. D'ailleurs, ce n'est pas le budget global qui a organisé le rationnement, ce sont les taux directeurs ; c'est la loi de 79 qui a mis en place les taux directeurs.

Donc, il me semble qu'il n'y a pas de moyen optimal de financer l'hôpital, il y a simplement une volonté politique ou non. Il y a simplement une volonté d'investir dans la santé. Il y a simplement une volonté d'investir dans des établissements hospitaliers pour que chacun d'entre nous puisse y avoir accès. Donc, à mon avis, et je conclurai par là, il n'y a pas de financement optimal, il y a simplement une volonté politique qui s'inscrit derrière ce mode de financement.

Réalisation, Impression:

 Public Imprim

Dépôt légal : septembre 2011

 IMPRIM'VERT®