



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

avril 2011



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

avril 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 Beaupin, 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.

SOMMAIRE

Editorial:

Dans le fracas des crises, prendre le temps de réfléchir Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Observer les inégalités en France : une lecture à travers le prisme « santé, social et territoires » Par Alain Trugeon	Page 9
Sauvons et développons une santé publique, solidaire et égalitaire s'appuyant sur une nécessaire proximité Par Michel Anthony	Page 16
Les Assises régionales de santé comme examen clinique des besoins et thérapeutique des pathologies d'une population Par le D ^r Paul Cesbron	Page 19
Pourquoi des Maisons de naissance ? Par le D ^r Paul Cesbron	Page 22
Analyse du rapport annuel de la cour des comptes sur les difficultés d'accès aux soins dentaires en France Par le D ^r Lann Dinh-Do	Page 24
Santé au travail : les pouvoirs publics face à leur responsabilité : une indépendance réelle et non faussée des acteurs de santé au travail comme condition sine qua non à l'efficacité Par les D ^{rs} Cellier, Chapuis, Chauvin, Delpuech, Devantay, Ghanty, & Lafarge	Page 28
Le modèle français de Sécurité sociale : un modèle à défendre et à promouvoir Par Catherine Mills	Page 33
Médiator : la défaite de la formation continue des médecins Par le D ^r Alain Beaupin	Page 39
Le débat entre efficacité et justice dans le financement des établissements hospitaliers Par Jean-Paul Domin	Page 41
Etude sur la prise en charge des personnes sans domicile fixe Par le D ^r Pierre Frances	Page 48
Euthanasie, un débat ouvert, Respect et dignité ! Par Jean-Luc Gibelin	Page 57

Le dossier de la dépendance :

Un irrépressible besoin des autres Par Paul Cesbron	Page 60
Dépendance ? Autonomie ! Par Michel Limousin & Jean Luc Gibelin	Page 62
Perte d'autonomie, un choix de société Par Claude Chavrot	Page 64
Le rapport Rosso-Debord: une nouvelle étape du démantèlement de la sécurité sociale solidaire Par le D ^r Eric May	Page 66
Résumé commenté du Rapport Rosso Debord : La prise en charge des personnes âgées dépendantes Par le D ^r Eric May	Page 73
Réforme de la dépendance : le PS au milieu du gué Par Frédéric Rauch	Page 92
Réforme de la Dépendance : les orientations probables du Gouvernement Pour Copernic. Vendredi 25 février 2011. Catherine Bloch London, Jean Luc Gibelin, Gérard Gourguechon, Pierre Khalfa, Christiane Marty	Page 96

<i>Les brèves :</i>	Page 99
---------------------------	---------

Les notes de lecture :	Page 105
-------------------------------------	----------

Note de Catherine Mills (27/02/11) : Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice
Autour des travaux de Maryse Gadreau
Note du D^r Michel Limousin (26/02/2011) : Les mirages de la TVA sociale
Note de Catherine Mills (9/03/2011) : Les Centres de santé en mouvement (dir. Michel Limousin),
Le Temps des Cerises, 2010, 395 pages.
Note de Paul Cesbron (27/03/2011) : Inégalités socio-sanitaires en France, Alain Trugeon,
Nadège Thomas, François Michelot, Bernadette Lémery, 2010, Elsevier Masson
Note de Michel Limousin (25/03/2011) : La crise systémique : une crise de civilisation
(Note de la Fondation Gabriel Péri, décembre 2010) Par Paul Boccara

Le courrier des lecteurs :	Page 110
---	----------

Les Documents :	Page 119
------------------------------	----------

Document N°1 : Vœu de la Conférence nationale Santé (CNS) relatif à l'accès aux soins des personnes
ayant recours à l'aide médicale d'Etat (AME)
Document N°2 : Après le rapport de la mission HUBERT et avant l'adaptation de la loi HPST
Remarques & propositions de la FNCS
Document N°3 : Déclaration du Collectif des 39 Contre La Nuit Sécuritaire : « La liberté aussi est thérapeutique »

Les actes du Séminaire : « Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ? »

Première séance : jeudi 2 décembre Introduction : Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ? Par le D ^r Michel Limousin	Page 127
--	----------

Editorial

Dans le fracas des crises, prendre le temps de réfléchir

Voici notre seconde livraison des Cahiers de Santé Publique & de Protection Sociale. On peut dire que le premier numéro a été bien accueilli et que le courant d'inscriptions qui se dégage traduit l'intérêt des lecteurs. Je veux ici remercier toutes les personnes qui se mobilisent pour que cette publication soit vivante et progressivement à la hauteur de nos ambitions et tout particulièrement les collaborateurs de la Fondation Gabriel Péri. Ce travail, effet imprévu, a déjà donné une meilleure « lisibilité » dans les médias aux membres de notre Comité de rédaction: j'en veux pour preuve un article publié dans Libération, une participation à une émission de France Culture, des articles sortis dans l'Huma-Dimanche et diverses citations depuis la sortie du numéro de janvier. Cette reconnaissance est encourageante et se développera si nous savons être exigeants avec nous-mêmes. C'est bien là le point nodal de notre travail.

Le rythme des Cahiers est celui de la réflexion. Il nécessite de s'extraire de l'actualité immédiate pour prendre du champ, pour poser les problèmes, pour donner à voir les enjeux. Le temps de l'écriture n'est pas celui de l'action. Il n'en est pas moins nécessaire. Mais c'est un effort de tous les instants d'autant plus que nos auteurs, pour beaucoup d'entre eux, ne sont pas des professionnels de l'écriture. Ils sont dans la vie concrète, comme nos lecteurs.

Face à l'accumulation de catastrophes, qu'elles soient économiques, financières, sociales, politiques, naturelles et maintenant écologiques l'effort de lecture est indispensable. Et Internet n'est pas le seul outil nécessaire. L'immédiateté a ses limites ; l'imprécision aussi. La lecture des Cahiers, n'est-elle pas un moment de liberté et de calme ? Nous appelons donc nos lecteurs à se manifester, à nous écrire, à donner leur avis, voire à proposer des textes. Nous avons besoin de leur appui financier mais aussi intellectuel.

Nous voulons rester au plus près de l'actualité et notre Comité de rédaction a décidé de créer un dossier qui regroupera chaque fois des articles sur un thème particulier : cette fois-ci, c'est la question de la dépendance qui est traitée. Elle répond au besoin du mouvement social qui est interpellé sur ce sujet inscrit dans l'agenda du Parlement. Le projet du pouvoir est de livrer ce secteur à la finance privée pour qu'elle dégage des profits. Pour ce faire, il dramatise et s'appuie sur les difficultés réelles afin

de remettre en cause l'existant. Il n'élabore aucun projet d'amélioration. Sa première décision en guise de préliminaire a été de supprimer les départements français alors que ceux-ci ont la charge de la politique sociale ! Tout un programme...

Il faut donc revenir sur les questions de fond : Quels sont les besoins ? Quel projet d'autonomie des personnes voulons-nous mettre en place ? Quelle conception de l'homme voulons-nous promouvoir ? Quelle civilisation veut-on faire émerger ? Quelle politique économique peut dégager les ressources nécessaires pour ce faire ? Oui, une « politique de civilisation » doit être à l'ordre du jour. Ce mot ici n'est pas abusif. C'est tout cela que nous proposons d'examiner dans le dossier. Ce sera le reflet des nombreux débats qui ont traversé ces derniers mois les organisations syndicales et politiques et le mouvement associatif.

Quant aux travaux du séminaire « Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ? » mis en place par la Fondation Gabriel Péri, ils avancent et nous commençons dès maintenant à en publier les actes. Les séances sur l'évaluation des besoins ont eu lieu et la première session sur l'organisation de l'hôpital se tiendra le 28 avril avec Jean-Michel Chapet. Progressivement se dégagent des perspectives nouvelles pour sortir l'hôpital de la crise. Arriverons-nous à proposer des pistes de sortie crédibles pour contribuer à un programme politique alternatif ? Affaire à suivre.

Enfin un mot pour dire notre solidarité avec les japonais victimes certes d'un phénomène naturel mais aussi d'une politique de privatisation de l'énergie nucléaire. Cette situation montre bien comment sont liés l'économie et le sanitaire. La distance entre ceux qui sacrifient leur vie héroïquement dans l'enfer des réacteurs nucléaires et ceux qui spéculent en bourse sur la « reconstruction » du Japon est abyssale. C'est bien sur la conception d'un monde complexe que nous travaillons, un monde où l'économie est au service du bien-être de l'Homme. Il ne suffit pas de s'indigner avec Stéphane Hessel. Il faut construire.

D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef

Articles

Observer les inégalités en France : une lecture à travers le prisme « santé, social et territoires »

Alain Trugeon (OR2S de Picardie, Fnors), Nadège Thomas (OR2S de Picardie), François Michelot (Fnors)

Depuis de nombreuses années, les inégalités territoriales et sociales de santé forment un champ d'analyse et de recherche particulièrement investi par les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et de leur Fédération (Fnors). La production de travaux portant sur ce champ s'est, dans ce cadre, récemment intensifiée. En effet, le triangle « santé, social, territoires » est actuellement au centre des enjeux des politiques de santé publique. Ainsi, la dimension sociale n'a jamais été aussi présente dans les réflexions des instances nationales de santé, que ce soit au sein du Haut Conseil de la santé publique, de l'Inpes, de l'INCa... De plus, dans le domaine sanitaire, si le choix du niveau régional a été inscrit dans plusieurs textes législatifs depuis le milieu des années quatre-vingt-dix, une nouvelle étape a été franchie pour le territoire qui est devenu un axe essentiel de la politique régionale de santé avec la loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) du 21 juillet 2009. La connaissance des inégalités sociales et territoriales devient donc pour le décideur une nécessité dans le cadre de l'élaboration de ses choix, leur réduction contribuant globalement à l'amélioration de l'état de santé de la population. C'est ainsi que la prochaine loi relative à la politique de santé publique devrait traiter de la réduction des inégalités sociales de santé. C'est aussi une dimension qui a été prise en compte, d'une certaine manière, pour quelques indicateurs de suivi des conventions pluriannuelles d'objectifs et de moyens qui viennent d'être signées entre les agences régionales de santé (ARS) et leur conseil national de pilotage (CNP).

Deux ouvrages pour mesurer la relation entre santé, social et territoire

Deux documents complémentaires, fruits d'un travail collectif au sein de la Fnors, ont, pour l'un été publié chez Elsevier Masson dans la collection *Abrégés* et l'autre est en voie d'achèvement. Le premier concerne l'actualisation de l'ouvrage intitulé « *Inégalités socio-sanitaires en France : de la région au canton* », publié pour la première fois en 2006. Il présente les indicateurs à un niveau géographique fin : le canton. Le second s'inscrit dans la collection des études du réseau des ORS et s'intitule « *Les inégalités sociales de santé dans les régions de France* ». Il utilise des enquêtes en population et des bases de données qui croisent des données sanitaires et des données sociales au niveau régional, voire départemental.

Quand les données s'assemblent

Dans le respect des règles de confidentialité, la plupart des producteurs de données en santé mettent leurs bases de données à disposition des équipes de recherche. Par ailleurs, la nouvelle méthode mise en place pour le recensement de la population permet désormais de disposer annuellement⁽¹⁾ de la répartition par âge et par sexe de la population, quel que soit le niveau géographique. Il est ainsi possible de produire des indicateurs combinant ces différentes sources chaque année. Toutefois, l'interprétation des données est plus complexe à mesure que le territoire analysé se réduit, notamment pour des aspects de significativité statistique⁽²⁾. En France, le nombre élevé de communes⁽³⁾ empêche pour la plupart d'entre elles, du fait de leur faible population⁽⁴⁾, le traitement des données de santé à ce niveau géographique. Mais il existe d'autres unités territoriales qui offrent un compromis entre finesse géographique et taille suffisante de population. Le canton, l'établissement public de coopération intercommunale (EPCI) ou le bassin de vie permettent une représentation cartographique, affranchie des limites administratives classiques (régions, départements, zones d'emploi, territoires de santé). À partir des données fournies par huit producteurs de données⁽⁵⁾, soixante indicateurs, pour une moitié à dominante sociale et pour l'autre à caractère sanitaire, ont permis à partir de l'unité cantonale⁽⁶⁾ de mesurer combien la France était découpée, souvent d'une autre façon que par ses frontières administratives.

Les trois cartographies de synthèse qui sont présentées résument les aspects sociaux et sanitaires. En effet, l'une se rapporte aux données sociodémographiques et de conditions de vie, la deuxième concerne l'offre de soins et

¹ Avec un certain retard cependant : les données du recensement au 1^{er} janvier 2007 n'ont été disponibles que le 1^{er} juillet 2010.

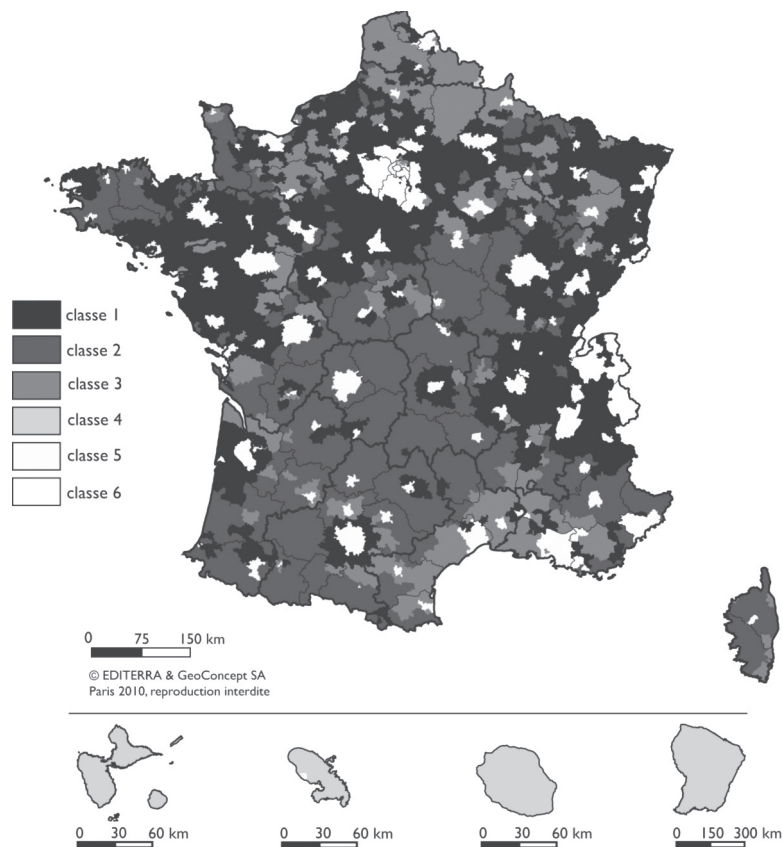
² Le regroupement d'années peut permettre de résoudre cette difficulté et d'obtenir des indicateurs significatifs.

³ Au 1^{er} janvier 2010, la France compte 36 682 communes.

⁴ Environ trois quarts des communes françaises sont peuplées de moins de 1 000 habitants (source : Insee).

⁵ CCMSA, Cnaf, Cnamts, DGI, Drees, Insee, Inserm CépiDc, ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer.

⁶ L'unité retenue est en réalité un canton aménagé, soit 3 261 cantons, sur les 4 036 constitués en vue de l'élection au Conseil général, qui regroupent notamment les fractions cantonales des grandes communes.



*Typologie « Population et conditions de vie »
Exploitation Fnors*

la troisième a trait à la mortalité globale et aux principales causes de décès.

Pour la première, le traitement statistique de trente indicateurs, abordant des champs aussi variés que la structure de la population, les naissances et les prestations familiales, les personnes isolées, la répartition des groupes socioprofessionnels, les revenus fiscaux, la fragilité professionnelle, les prestations sociales, les minima sociaux, les allocations autour du handicap et le logement, ont permis de découper la France en six classes regroupant des cantons au profil voisin. Cette classification fait ressortir l'opposition entre zones rurales et secteurs urbains qui reste très prononcée en France, de même que celle qui existe entre l'Hexagone et les départements ultramarins. Le découpage laisse apparaître des zones hétérogènes, certaines étant plus étendues ou plus peuplées que d'autres :

– classe 1 : zones rurales en situation sociodémographique moyenne, mais plutôt socialement favorisées par rapport à l'ensemble du pays. Cette classe regroupe entre un cinquième et un quart de la population française (14,1 millions d'habitants⁽⁷⁾).

– classe 2 : zones rurales peu peuplées, ayant une population âgée importante, avec des revenus plutôt faibles, mais ayant relativement peu d'allocataires de prestations sociales. Cette classe regroupe près d'un huitième de la population française (7,6 millions d'habitants).

– classe 3 : zones relativement peuplées, avec une population qui connaît des difficultés au regard de l'activité professionnelle, comprenant de fortes proportions d'allocataires de diverses prestations. Cette classe regroupe plus d'un sixième de la population française (10,9 millions d'habitants).

– classe 4 : zones ayant une population jeune, présentant une fécondité élevée mais connaissant une situation socialement défavorisée. Cette classe ne concerne quasiment que les départements ultramarins⁽⁸⁾ (1,8 million d'habitants).

– classe 5 : zones des villes-centres et périurbaines marquées par de forts contrastes sociaux, regroupant des personnes plutôt favorisées et d'autres présentant une certaine fragilité sociale. Cette classe regroupe près du tiers de la population française (20,0 millions d'habitants).

⁷ Au recensement de population du 1^{er} janvier 2006.

⁸ Un canton de Martinique appartient à la classe 5 et seul dans l'Hexagone un canton du Nord fait partie de cette classe.

– classe 6 : zones urbaines et périurbaines, constituées d'une population plutôt jeune, socialement favorisée, surreprésentée en cadres et professions intellectuelles supérieures et ayant un parc de logements sociaux important. Cette classe regroupe près d'un septième de la population française (8,8 millions d'habitants).

Le deuxième groupe d'indicateurs décrit l'offre en professionnels de santé libéraux de proximité, en services d'urgence hospitalière, maternités et établissements hospitaliers de court séjour, à travers les mesures de densités, d'une part, et des temps d'accès, d'autre part.

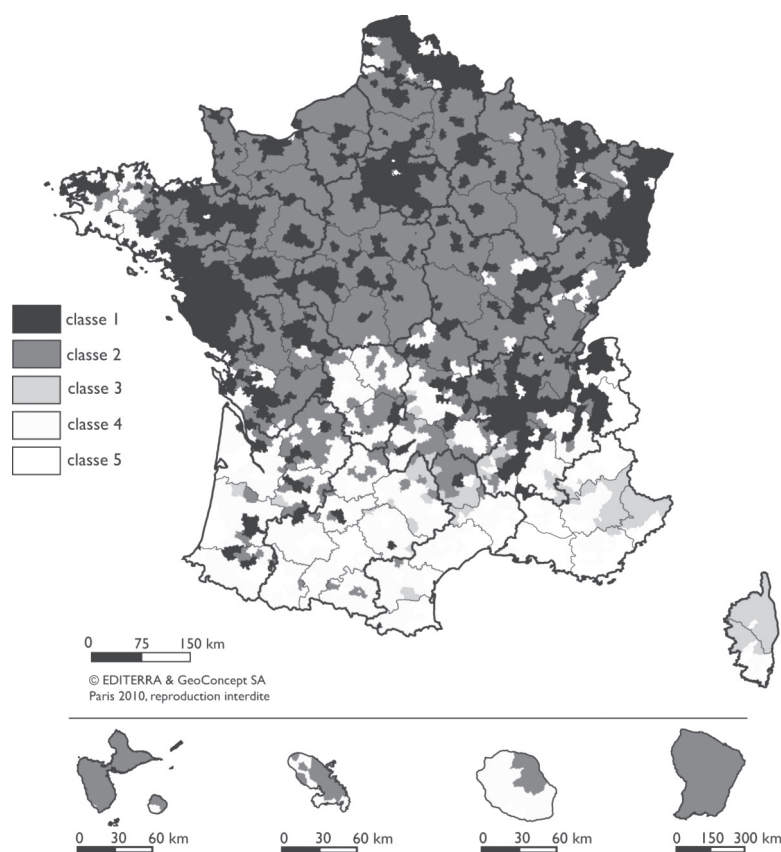
La densité, même si elle ne permet pas de décrire à elle seule l'offre potentielle de prise en charge, mesure les disparités de disponibilité de services de soins entre zones géographiques et les difficultés pour assurer la continuité des soins en matière de médecine générale. Une autre approche repose sur les temps d'accès à certains professionnels ou services qui permettent de rendre compte d'une façon complémentaire des différences d'accès d'ordre géographique. Des difficultés peuvent également s'ajouter, liées à la moindre part de praticiens conventionnés en secteur 1 (tarif de base de remboursement de l'Assurance

maladie). Ces différents aspects montrent qu'il existe une hétérogénéité des situations sur le territoire, que les pouvoirs publics se sont efforcés de réduire par diverses initiatives visant à attirer les jeunes praticiens et organiser les services de soins de proximité (au travers des maisons de soins pluridisciplinaires notamment). Le traitement statistique de dix indicateurs permet d'identifier cinq classes regroupant chacune des cantons avec des caractéristiques d'offre de soins comparables :

– classe 1 : zones plutôt urbanisées autour de grandes agglomérations, proches des établissements de soins, avec une faible densité d'infirmiers libéraux et une part plus importante de généralistes à honoraires libres. Cette classe regroupe près de la moitié de la population française (30,3 millions d'habitants) ;

– classe 2 : zones rurales ou périurbaines, avec des densités réduites de professionnels de soins libéraux et des délais d'accès aux établissements de soins plus longs. Cette classe regroupe un peu plus d'un sixième de la population française (10,9 millions d'habitants) ;

– classe 3 : zones le plus souvent montagneuses, peu peuplées, les plus éloignées des établissements de soins, des généralistes et pharmacies, mais avec une densité en infirmiers libéraux élevée. Cette classe regroupe moins



*Typologie « Offre de soins »
Exploitation Fnors*

d'un pour cent de la population française (0,4 million d'habitants) ;

– classe 4 : zones plutôt rurales, relativement bien dotées en professionnels de soins libéraux, mais avec des temps d'accès importants aux établissements de soins. Cette classe regroupe près d'un douzième de la population française (5,0 millions d'habitants) ;

– classe 5 : zones des grands pôles urbains, de montagnes et du littoral, avec des densités de professionnels de soins libéraux élevées, la part de généralistes à honoraires libres la plus importante et proches des établissements de soins. Cette classe regroupe plus d'un quart de la population française (16,5 millions d'habitants).

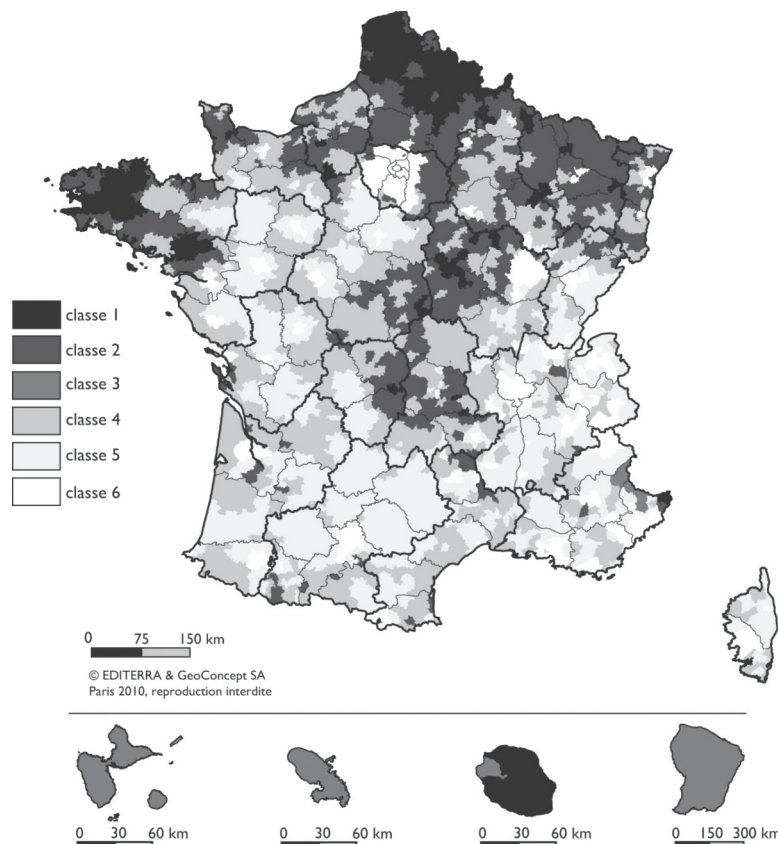
Pour la troisième cartographie, le traitement statistique prend en compte vingt indicateurs dont la mortalité globale tous âges et chez les personnes de moins de 65 ans ainsi que les principales causes que sont les cancers à travers leurs principales localisations, les maladies cardio-vasculaires avec les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux, les maladies respiratoires, les maladies infectieuses et parasitaires, les pathologies liées à l'alcool, les causes extérieures de traumatismes et d'empoisonnements avec une attention pour les accidents de la circulation et les suicides. Pour cette analyse,

la France est découpée en six classes, avec une représentation qui prend en compte le traditionnel constat d'une opposition entre le Nord, en surmortalité, et le Sud, en sous-mortalité. Mais, si le classique « T » de surmortalité septentrional est encore retrouvé pour la mortalité générale, il s'estompe voire disparaît pour la mortalité prématurée. C'est dans les lieux où la population ouvrière est importante, de même que pour les personnes en situation précaire, que cette mortalité plus élevée est observée. Ce sont souvent des zones industrielles ou anciennement industrielles du nord et du centre de la France, mais aussi de certains secteurs bretons et normands. Comme pour le découpage social, les territoires peuvent varier sensiblement en termes de superficie ou de nombre d'habitants :

– classe 1 : zones présentant les taux de mortalités générale et prématurée les plus importants, avec une surmortalité par pathologies liées à l'alcool très marquée. Cette classe regroupe plus d'un treizième de la population française (4,9 millions d'habitants).

– classe 2 : zones en surmortalités générale et prématurée. Cette classe regroupe près d'un cinquième de la population française (11,6 millions d'habitants).

– classe 3 : zones présentant des surmortalités par maladies vasculaires cérébrales, par maladies infectieuses et parasitaires et des sous-mortalités par cancers et par



*Typologie « Mortalité »
Exploitation Fnors*

cardiopathies ischémiques. Cette classe regroupe moins d'un cinquième de la population française, la plupart se situant dans les trois régions françaises d'Amérique (1,1 million d'habitants).

– classe 4 : zones ayant une mortalité comparable à celle observée au niveau national. Cette classe regroupe près d'un cinquième de la population française (12,2 millions d'habitants).

– classe 5 : zones en sous-mortalités générale et prématurée, notamment par cancers et par pathologies liées à l'alcool. Cette classe regroupe le sixième de la population française (10,4 millions d'habitants).

– classe 6 : zones urbaines en sous-mortalités générale et prématurée, notamment par causes extérieures de traumatismes et empoisonnements et par maladies de l'appareil circulatoire. Cette classe regroupe plus du tiers de la population française (22,9 millions d'habitants).

Quand les données mêlent des informations en santé avec des données sociales

Le croisement d'informations sanitaires et d'informations sociales permet, avec les techniques d'analyses de données, de mesurer les relations entre les deux domaines *a posteriori*. Pourtant, disposer de bases de données dans lesquelles les deux dimensions sont présentes affine les hypothèses. Dans le document portant sur « *Les inégalités sociales de santé dans les régions de France* », certaines enquêtes, représentatives à l'échelon régional (Baromètres santé, Enquête décennale santé, Escapad⁽⁹⁾...), permettent d'analyser des données de santé avec des données sociales (voir encadré en fin d'article). Un tel croisement s'avère également possible dans d'autres recueils comme

les données de mortalité transmises par le CépiDc⁽¹⁰⁾, même si le groupe socioprofessionnel n'est interprétable que pour les hommes en âge d'activité. Les données des centres d'examen de santé de l'Assurance maladie exploitées par le Cetaf⁽¹¹⁾ avec l'utilisation d'un score de précarité (Épices⁽¹²⁾) le permettent aussi d'une autre façon. Des contrastes en fonction du niveau social entre les régions françaises se retrouvent dans la plupart des recueils menés en population générale. Mais, ces contrastes peuvent être plus ou moins marqués entre les régions et varier suivant d'autres facteurs.

Une stabilité qui demeure malgré le découpage retenu

Dans la seconde partie du document sur « *Les inégalités sociales de santé dans les régions de France* », une analyse au niveau départemental et régional présente quarante-cinq indicateurs en provenance de l'Insee (recensement 2006), de la direction générale des impôts, de Pôle emploi, de la Cnaf, de la Drees, du CépiDc (Inserm), de l'Atih, de l'InVS, de la Cnamts, de la CCMSA, du RSI et le ministère de l'Écologie, de l'Énergie, du Développement durable et de la Mer.

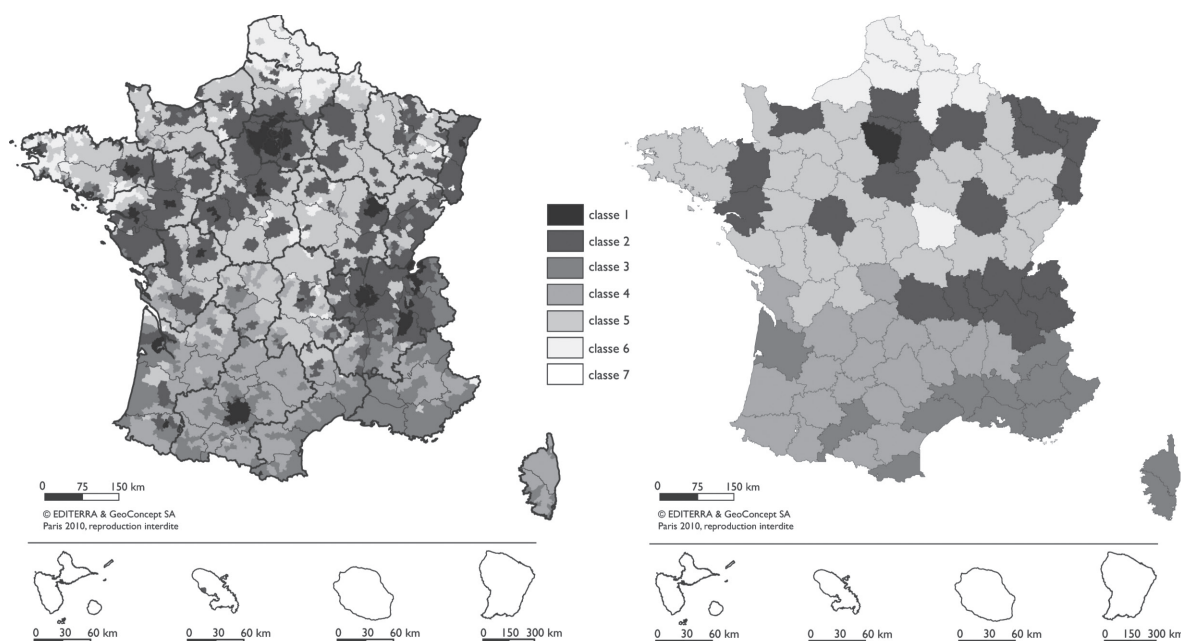
Une analyse de ces données au niveau départemental permet un découpage de la France fort comparable à l'analyse globale présentée dans le livre sur les inégalités socio-sanitaires reflétant ainsi une stabilité en termes d'analyses. Les deux cartes par canton et par département sont ainsi très illustratives.

⁹ Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense.

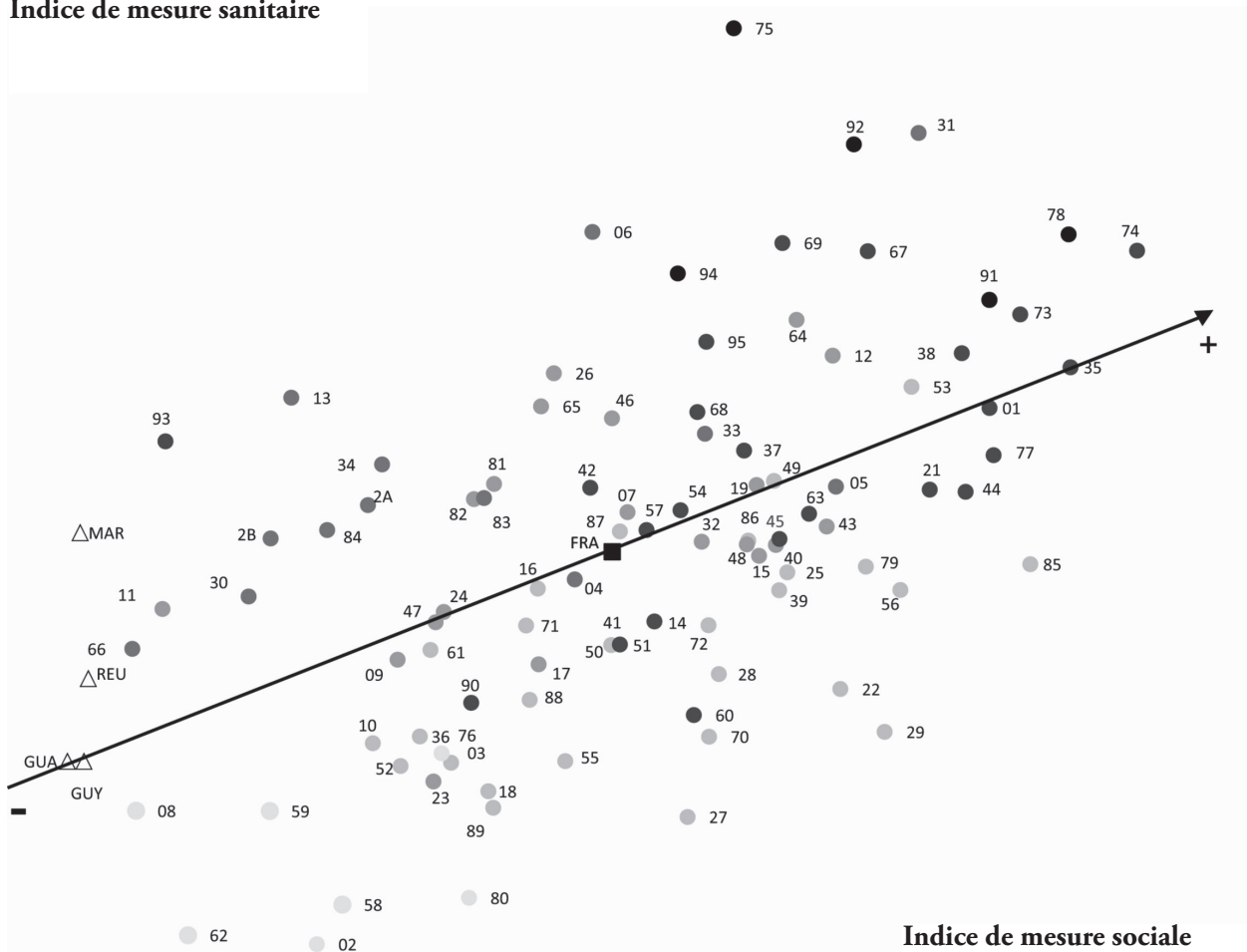
¹⁰ Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès, institut national de santé et de la recherche médicale.

¹¹ Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examen de santé.

¹² Indicateur individuel qui prend en compte la précarité et les inégalités de santé à partir de onze questions.



Indice de mesure sanitaire



*Croisement de deux indices synthétiques, l'un sanitaire et l'autre social
Exploitation Fnors*

Aide à la lecture du graphique : chaque rond correspond à un département et chaque triangle à une région.

Indicateurs synthétiques de données sanitaires et sociales

À partir des données au niveau départemental, un indice synthétique de mesure sociale et un indice synthétique de mesure sanitaire (cf. encadré ci-contre pour la constitution de chacun d'entre eux) ont été constitués. Le graphique ci-dessous permet de montrer qu'il existe une relation forte entre les deux indices.

Au-delà de ce constat global, plusieurs spécificités sont à souligner.

La première concerne le différentiel entre régions du Nord et celles du Sud, les premières étant le plus souvent moins bien situées au regard de l'état de santé de la population à un niveau social équivalent (seules exception la Corse d'un côté et l'Île-de-France de l'autre).

La deuxième a trait aux différences qui peuvent exister entre départements d'une même région. L'Île-de-France

est ainsi particulièrement concernée avec le département des Yvelines et celui de Seine-Saint-Denis dans une situation assez diamétralement opposée. Mais ce constat est également valable dans d'autres régions.

Enfin dernière remarque, les départements ultramarins se retrouvent dans une situation proche et bien différenciée des départements de l'Hexagone, avec la Martinique qui présente toutefois un indice de mesure sanitaire meilleur que celui des trois autres.

Quelques idées-forces en conclusion

La France demeure une mosaïque de territoires, de populations qui s'inscrit dans une certaine continuité historique récente. Certains constats d'aujourd'hui pouvaient déjà être faits de façon identique au siècle dernier.

Globalement, si une amélioration de la situation tant sanitaire que sociale est observée sur une grande partie des territoires, les écarts continuent de se creuser entre

les plus favorisés et ceux qui le sont moins. Les outils sont encore insuffisants pour mesurer les relations entre données sanitaires et gradients sociaux, notamment à des niveaux géographiques fins.

La connaissance croisée entre la santé, le médico-social et le social est à développer, voire à préserver compte tenu de la réforme liée à la loi HPST et à la révision générale des politiques publiques qui séparent les deux premiers du troisième. Dans ce contexte, les plateformes

sanitaires et sociales auront un rôle essentiel à jouer pour assurer le lien entre les institutions.

La notion de territoire est devenue essentielle, en termes de décisions politiques, d'espace d'actions et de message auprès de la population. Enfin, les outils de connaissance sont plus que jamais à partager entre tous les acteurs (décideurs et professionnels) mais aussi avec les usagers, les médias et, de façon plus large, avec l'ensemble de la population.

Construction des indices synthétiques

La construction des indices repose sur les principes suivants : agrégation de données couvrant le maximum de champs étudiés, non-redondance des données, disponibilité des données dans le temps et l'espace sur une échelle géographique équivalente. Reposant sur un nombre d'indicateurs agrégés relativement limité, les données doivent pouvoir être utilisées de façon pérenne afin d'offrir des comparaisons chronologiques et spatiales.

La sélection des indicateurs de chacun des indices construits résulte d'une analyse en correspondances principales (ACP) réalisée à partir d'une série d'un peu plus de 80 indicateurs « sanitaires » et « sociaux ». Cette technique statistique permet d'identifier les indicateurs qui résument aux mieux les différences entre les individus étudiés (ici, les départements). Un nombre limité d'indicateurs a été retenu pour expliquer ces différences : six pour l'indice synthétique de mesure sociale et cinq pour celui de mesure sanitaire.

L'indice synthétique de mesure sociale est composé de la proportion des 75 ans ou plus dans la population, de la part de foyers fiscaux non imposés, du taux de chômage, de la proportion de personnes de 20-29 ans sorties du système scolaire pas ou peu diplômées, de la densité de logements sociaux et de la proportion d'allocataires dépendant de 50 % à 100 % des prestations sociales.

L'indice synthétique de mesure sanitaire prend en compte chez les hommes de moins de 65 ans le taux standardisé de mortalité par cancers de la trachée, des bronches et du poumon, les taux standardisés de mortalités évitables pour soins et par actions sur les facteurs de risque individuels et le taux standardisé de mortalité par accidents de la circulation, et la densité de chirurgiens-dentistes libéraux.

L'étendue des dimensions sociales couvertes par les indicateurs initialement choisis est conservée : éducation, emploi, logement, revenus, structure par âge de la population, dépendance à l'égard des prestations sociales.

L'indice sanitaire comprend des éléments constitutifs qui balaient aussi différents aspects : la santé avec la mortalité chez les hommes de moins de 65 ans mais avec une diversité des causes (évitable pour soins et par actions sur les facteurs de risque individuel, cancers et causes extérieures de traumatismes et empoisonnements), et l'offre de soins à travers un des professionnels de santé exerçant en secteur libéral, le chirurgien-dentiste.

Dans « **Les inégalités sociales de santé dans les régions de France** » sont analysées aux niveaux régional (voire départemental) et national les relations entre caractéristiques de santé et déterminants sociaux des :

- hommes âgés de 25 à 54 ans décédés sur la période 1991-2005 (données du Cépidc, Inserm) ;
- personnes âgées de 18 ans ou plus vues dans un des centres d'examen de santé sur la période 2004-2007 (données Cetaf, Assurance maladie) ;
- jeunes âgés de 17 ans vus lors de la journée de préparation à la défense en 2005 (données Escapad, OFDT) ;
- patients âgés de 16 ans ou plus ayant vu un médecin généraliste libéral en 2000 (données Drees, Fnors) ;
- personnes âgées de 18 à 75 ans interrogées dans le cadre des enquêtes Baromètres santé sur l'environnement en 2007 et la nutrition en 2008 (données Inpes, Fnors) ;
- personnes âgées de 18 à 74 ans interrogées dans le cadre de l'enquête décennale santé en 2002-2003 (données Insee, Fnors).

Sauvons et développons une santé publique, solidaire et égalitaire s'appuyant sur une nécessaire proximité

Par Michel Anthony

Michel Anthony est le responsable national de la Coordination nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de Proximité.

Le bon niveau de la santé en France tient à différents critères (prévention, prise en compte de l'alimentation et de l'hygiène, allocations familiales et sécurité sociale et prises en charges multiples, médecine scolaire et du travail, qualité de la formation médicale, importance du secteur public, etc...) mais aussi et surtout à notre aménagement du territoire, égalitaire et solidaire, et du maillage sanitaire territorial public qu'il a permis de développer et maintenir.

Grâce à cet indispensable maillage, les sites hospitaliers et les maternités sont au plus près des usagers, des patients et de leurs proches. Le terme *usagers*, bien que parfois insatisfaisant, est donc préférable à celui de patients, et plus large que celui de citoyens au sens strict du terme, puisqu'il comprend aussi les non-citoyens, par exemple les sans papiers, et qu'il vise donc un accès aux soins ne connaissant aucune discrimination d'âge, de sexe, de revenu ou de nationalité. Il est évident que le terme de client, utilisé de plus en plus par un régime capitaliste et marchand est totalement rejeté par les militants d'une santé égalitaire et solidaire.

Cette proximité ne doit absolument pas être confondue avec la défense des seules petites structures sanitaires, ce que font souvent ses détracteurs. Ces sites, quels que soient leurs niveaux, de l'hôpital local au CHU-Centre Hospitalier Universitaire, ont tous une fonction de proximité, même s'ils disposent de spécialisations et de moyens qui servent un plus vaste territoire.

Cette proximité permet de répondre au mieux aux besoins des personnes et des territoires, et de permettre un accès rapide aux soins ou aux consultations, garant de la qualité et de l'efficacité du système. Il autorise le développement de services annexes (mais pas secondaires) d'urgences, de prévention, de consultations, de conseils... qui permettent d'assumer une première analyse, de pouvoir ensuite traiter sur place ce qui peut l'être, et sinon de correctement adresser la personne concernée à des services plus efficaces ou plus spécialisés, sur un autre site.

Pour cela, un SHTP-Site Hospitalier Territorial de Proximité, tel que le définit par exemple la Coordination

nationale dans son programme rédigé dès janvier 2005, doit toujours conserver un minimum de services pour être viable, attractif et efficace : on peut lister, de manière évidemment non exhaustive, les éléments suivants :

Le Site Hospitalier Territorial de Proximité doit être une entité autonome et doit disposer de tous les services complémentaires d'un niveau 1 c'est-à-dire :

- Une maternité de niveau 1 (accouchements des grossesses non classées à risque)
- Un service d'urgence de niveau 1 (urgentistes) et un SMUR
- Un service de chirurgie de niveau 1 (astreinte et activité de chirurgie viscérale)
- Un service de surveillance continue
- Un service de médecine de niveau 1 (médecine hospitalière polyvalente)
- Un service de radiologie avec radiologie conventionnelle et scanner
- Un équipement de télémédecine permettant de fonctionner en réseau
- Des services d'hébergement de personnes âgées, de prévention et des unités de psychiatrie peuvent également y être associés

Cette proximité contribue également aux bons résultats sanitaires par le maintien des liens rapprochés géographiquement et psychologiquement entre le patient, malade ou parturiente, avec ses proches, qui sont rapidement accessibles et qui peuvent lui assurer un appui moral ou matériel permettant de limiter le stress causé par l'entrée en site sanitaire. Ce côté humain, et le côté psychologique favorable qu'il contribue à maintenir, sont deux éléments essentiels pour une médecine qui justement doit placer l'humain au centre, et pour garantir une issue plus favorable au problème traité.

Comme cette proximité repose essentiellement sur les sites publics, ou privés à but non lucratifs, l'accueil pour toutes et tous et au moindre coût pour les patients est assuré, et permet donc le maintien d'un service de qualité et de facile accès. Ce point est important car aujourd'hui la proximité est défendue également par les officines privées (laboratoires, pharmacies, sites de santé à but lucratif...) ce qui en déprécie et brouille le sens.

En effet l'accès aux soins n'est plus forcément accessible malgré une proximité maintenue par les sites privés, car les dépassements d'honoraires, voire les dessous de table, forment un barrage financier qui limite l'accès aux soins et qui discrimine socialement les patients. La défense de la proximité sanitaire doit donc toujours s'accompagner de la défense du service public (ou privé à but non lucratif) et de la lutte contre tous les restes à charge. Ce n'est pas toujours facile à défendre sur le terrain, car pouvoirs politiques et syndicats, voir même associations d'usagers, sont parfois obligés de défendre des sites privés à buts lucratifs, dans la mesure où la destruction du service public de santé a entraîné de vrais déserts sanitaires, bien des localités n'ayant désormais plus qu'un site privé à leur disposition

Or cette proximité est aujourd'hui ravagée et abandonnée pour diverses causes, dont :

- l'abandon par le gouvernement, et donc par les services de l'État malgré la résistance de bien des fonctionnaires, des grandes valeurs fondatrices de notre nation, notamment celles de l'aménagement équilibré du territoire, et celle de solidarité et d'égalité territoriales qui a forcément avec.
- un choix idéologique univoque qui fait des grandes structures et des concentrations sanitaires le seul garant de la qualité des soins : *big* est devenu *beautiful* aux yeux d'une technobureaucratie assez aisée, vivant surtout en milieu urbain, et donc particulièrement insensible aux réalités populaires et aux dimensions et exigences territoriales ; cette caste qui sert le gouvernement, est comme lui autiste et aveugle vis-à-vis des demandes des populations.
- une réalité économique sombre (et là aussi un choix idéologique capitaliste univoque), qui place la réduction des frais de santé et l'équilibre comptable avant les besoins humains.
- une rareté de plus en plus forte des personnels médicaux. Le *numerus clausus* nettement insuffisant, et l'absence de réelle volonté nationale de mieux répartir les personnels sur tout le territoire, entraînent localement un manque de personnels qui sert à renforcer les justifications aux réductions de services. L'égoïsme catégoriel est lui aussi un frein, trop de nouveaux médecins par exemple refusant les petites structures, les banlieues difficiles ou les secteurs déjà en désertification avancée.

Depuis plusieurs dizaines d'années, l'attaque est brutale, accentuée et systématique : réductions de postes (ce qui aggrave les problèmes de personnel) et réductions de sites et surtout maintenant de services : ce sont presque toujours les mêmes, notamment chirurgie, maternités (on passe d'environ 1500 à 500, soit les $\frac{2}{3}$ de fermées ; 8 départements n'en possèdent plus qu'une seule), centres

IVG (chute de 22 % des établissements pratiquant l'IVG entre 2000 et 2006), cardiologie, urgences (surtout de nuit), mais aussi centres de réanimation (Manosque) ou de radiothérapie (Guéret)... Partout triomphent les fusions-absorptions au profit d'établissements dits centraux ou pivots, qui récupèrent partiellement les services fermés ailleurs : les fermetures des maternités de Juvisy ou d'Ivry sur Seine n'ont pas été compensées par celles du Kremlin Bicêtre, par exemple. Et partout, on le sait bien, les fusions-absorptions permettent de réduire les postes : dans ma proche région, la fusion Lure-Luxeuil-Vesoul a entraîné la perte de plus de 100 postes, et celle de Belfort - Monbéliard sans doute plusieurs centaines.

Pire, avec la loi Bachelot-HPST (Hôpital Patients Santé Territoires), les principaux concernés (usagers, personnels et élus) voient leur rôle réduit au profit d'une superstructure directement liée à l'État (les ARS-Agences Régionales Sanitaires). Leurs dirigeants, superpréfets sanitaires, nommés par le gouvernement, accélèrent la privatisation (on ne parle même plus d'établissements publics dans la loi), réduisent le nombre des territoires de santé (perte d'environ $\frac{1}{3}$ avec la mise en place des ARS ; Corse, Limousin et Franche Comté n'en ont plus qu'un seul) et imposent les regroupements d'établissements à des directeurs-patrons qui sont menacés dans leurs carrières s'ils n'agissent pas aux ordres de l'autorité centrale. Le mouvement ne peut que tristement s'accélérer.

Les conséquences de cette destruction de la santé publique et de la proximité sont évidentes et innombrables :

1- Pour les régions concernées, il s'agit d'une véritable désertification sanitaire, avec effet boule de neige puisque la fermeture d'un service fragilise les autres, font peur aux médecins libéraux qui n'ont plus l'ossature publique sur laquelle s'appuyer et qui ne s'installent plus dans le secteur en question, et inquiète les patients qui au mieux vont voir ailleurs...

Les réductions engendrent ou augmentent les fuites et autres réductions. Du côté des professionnels de santé, il est évident qu'un établissement amoindri, ou montré du doigt par les services de l'État pour tel ou tel problème, n'est plus un établissement attractif dans lequel on peut faire carrière ou tout simplement trouver la tranquillité d'un emploi stable. Cette fuite et cette non-attractivité renforcent l'argument d'une administration sciemment cynique : vous voyez bien, on vous l'avait bien dit, votre site ou service doit fermer puisqu'il n'attire plus !

Les réductions obligent les collectivités territoriales à investir plus et à se démener pour trouver des solutions, le plus souvent limitées et au profit du libéral (les maisons de santé concernent massivement le privé, alors que l'argent public qui y est investi devrait favoriser des maisons publiques de santé, communales ou départementales...) et avec peu de garanties pour assurer l'égalité car ces col-

lectivités sont en concurrence dans une période de rareté ; il y aura forcément des perdants et donc une inégalité accrue des territoires.

Comme tous les services publics sont concernés, c'est à une destruction pure et simple d'un secteur qu'on assiste de plus en plus souvent, en amoindrissant ses chances de développement et en réduisant son attractivité : qui se fixera désormais dans un lieu dont on ferme par exemple la chirurgie et/ou la maternité, qui voit se réduire les options et les classes en collège et lycée pour ses enfants, qui n'a plus de tribunal ou d'arrêt ferroviaire, etc... ou à l'inverse qui est sursaturé, trop urbanisé et donc de transports et de déplacements difficiles, socialement en crise et de sécurité peu assurée.

2- Du côté des patients, avec la fin de la proximité, c'est désormais l'enfer des déplacements multiples, coûteux économiquement tant pour les individus que pour la collectivité, et écologiquement imbéciles. Le patient (mais également ses proches) subit des surcoûts importants et une multiplication des risques (liés à la circulation mais aussi à l'augmentation du temps de trajet). Parler en temps de trajet touche tout le monde, car cela vaut autant pour les villes (encombrement des moyens de communications) que pour le monde rural (régions de montagne, routes difficiles, absence de moyens publics de transport...). Il y a donc perte de chance sur le plan médical, d'autant que le temps d'accès aux soins est rallongé. Des femmes accouchent désormais dans des urgences, dans les camions de pompiers ou dans la voiture de leur partenaire... Les exemples sur Saint Agrevè, sur Lannemezan, sur Valréas abondent et sont tristement éloquentes. Des blessés graves ou des malades s'angoissent dans des ambulances ou véhicules légers, et parfois ne sont pas soignés à temps... Le stress du patient est accru ; il est loin de ses proches quand il est hospitalisé, avec de plus grandes difficultés pour communiquer ou obtenir un service rapide. Pire encore, pour les plus démunis et les plus enclavés, l'éloignement et la difficulté d'accès augmentent parfois purement et simplement l'abandon des soins coûteux, ou l'abandon total de soins nécessaires. La perte de proximité renforce évidemment les effets sociaux de la crise.

3- Du côté des personnels de l'établissement réduit, c'est le désespoir et la perte de sens, avec stress et souvent abandon des valeurs de service public puisqu'on s'aperçoit que celles-ci ne sont plus évoquées, et que le lieu dans lequel on s'était investi tombe en déshérence. Les coûts de cette réorganisation et de sa reconversion, et la prise en charge des coûts de déplacement des matériels et des personnels... sont rarement analysés dans leur intégralité. Du côté des personnels de l'établissement pivot

(qui connaît en plus une réduction de personnels) c'est l'impossibilité de faire face correctement à l'afflux des patients, de bien gérer les files d'attente, de maintenir des soins de qualité, humains et adaptés... Là aussi se développent tensions et stress, difficultés multiples organisationnelles, et limitation de l'éthique professionnelle et de service public, par impossibilité matérielle ou en temps pour correctement l'exercer.

On le voit bien, aux problèmes purement médicaux, s'ajoute toute une considération éthique et politique globale. Dans les régions urbaines ou rurales où la proximité s'estompe, les citoyens se sentent de seconde zone, délaissés... Notre société se délite et perd ici ses fondamentaux.

La proximité doit donc être une valeur à systématiquement défendre et promouvoir !

Certes elle doit s'accompagner d'une intelligente, contrôlée et mesurée subsidiarité, qui consiste à accepter le déplacement sur un autre site uniquement si le site de proximité n'est pas en mesure de répondre à une demande urgente ou très spécialisée.

Pour cela les sites doivent évidemment être mis en réseau et fonder leur pratique sur des règles de mutualité et de solidarité. Mais ces réseaux ne doivent en aucun cas correspondre aux fusions-absorptions menées autocratiquement par nos successifs ministres de la santé. Les réseaux entre les sites que nous souhaitons doivent se faire démocratiquement entre tous les sites concernés, sans primauté ni hiérarchie stupide et destructrice.

Enfin, il ne faut pas tomber dans le piège consistant à dire que les structures mises à mal peuvent obtenir des compensations en se spécialisant par exemple en gériatrie (établissements de fin de vie) ou en psychiatrie. C'est vrai que ces spécialisations sont trop peu prises en charge. Mais on doit rappeler que la vieillesse par exemple ne concerne pas un territoire donné ; tout le pays est concerné par le vieillissement, et donc un CHU comme un hôpital local doivent également y faire face, en disposant chacun d'un service adéquat. Enfin si on faisait des hôpitaux de proximité des centres pour personnes âgées, on créerait des ghettos tristes et dangereux, pour des personnes qui seraient éloignées de leurs proches et qui seraient coupées de la diversité sociale et amicale nécessaire, fournie par les autres classes d'âge. Pire, dans des sites où chirurgie, urgence, cardiologie... ont déjà souvent été fermées, on installerait des personnes fortement demandeuses en soin, souvent fragiles, et surtout peu aptes à être déplacées. Quel est le bureaucrate stupide et inhumain qui peut proposer cela ?

Les Assises régionales de santé comme examen clinique des besoins et thérapeutique des pathologies d'une population

Par le D^r Paul Cesbron

Le D^r Paul Cesbron est Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil et membre du Comité de rédaction des Cahiers.

Pas d'organisation des soins sans proximité nous dit Michel ANTONY, président de la Coordination Nationale des Comités de Défense des Maternités et Hôpitaux de Proximité.

Pourquoi ce rappel ?

Soulignons tout d'abord qu'il n'a pas semblé superflu au législateur d'en faire un des principes fondateurs de la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire. En effet, celle-ci, défendue par Roselyne BACHELOT alors Ministre de la Santé et votée en juillet 2009 au Parlement, a réaffirmé cette nécessité dans ses objectifs proclamés. Cependant une telle insistance sur l'importance de ce cadre conceptuel peut paraître suspecte lorsque l'on découvre la logique de cette loi. Fortement centralisatrice, elle n'en affirme pas moins sa volonté régionaliste et son attachement à la proximité par la création des territoires de santé, nouvelles unités sanitaires de base. Par ailleurs et plus gravement, elle génère l'inégalité par le jeu de la concurrence et de la convergence public-privé, des concentrations hospitalières et de la fragilisation du secteur public entraînée par les réductions de personnel et de financement. Pour tout dire, la proximité semble bien éloignée des préoccupations de ce texte législatif et constitue plutôt un hommage du vice rendu à la vertu dans d'assez laborieuses de manœuvres de séduction. Toutefois ne boudons pas notre plaisir, cette référence n'en est pas moins la reconnaissance d'une véritable exigence sociale.

Alors, que signifie cette nouvelle expression des besoins de santé ? A la fin du XVIII^{ème} siècle, Jacques TENON, chirurgien, membre d'une commission royale chargée de rédiger un rapport sur nos hôpitaux, établit le diagnostic d'une pathologie qui semble les miner et conclut à leur inadéquation aux besoins de santé de la population. Il faut, dit-il, faire de nos hôpitaux des « machines à guérir » (1786, mémoire sur les hôpitaux de Paris).

Le positivisme du XIX^{ème} siècle théorise cet objectif ambitieux. Désormais, nous enseigne-t-il, le développement humain est entre les mains de la science. Le progrès est sa finalité. Côté hôpitaux, si les infections nosocomiales et plus largement les contaminations de toute nature ont mis à rude épreuve cette belle prophétie, notre 3^{ème} République l'a bien entendu et presque réalisé son

projet de créer un hôpital pour chaque canton de notre pays. A la veille de la 2^{ème} Guerre Mondiale, la population française avait à sa disposition plus de 2000 hôpitaux, créant un maillage sanitaire serré et assez largement disponible, malgré ses imperfections.

Est-ce la fin d'une période ?

En tout cas l'ensemble de notre système de santé est-il remis en cause ? Ça n'est guère douteux, y compris pour ceux qui mettent en place des « réformes ». Elles seraient, proclament-ils, indispensables, justes et salutaires. A l'inverse, beaucoup pense qu'elles portent l'inégalité et au-delà même, de véritables dangers de régression tout particulièrement éthiques, liés à ce que l'on nomme la « marchandisation » des soins.

Au fond nous disent les « réformateurs » actuels, la santé est une richesse, certes plus importante que d'autres, mais intimement liée au développement économique et social. Elle n'échappe donc pas aux lois de l'économie de marché et les accusations prétendument éthiques de commercialisation ne font que dissimuler des projets politiques qui ont fait la preuve de leur nocivité. Pas de pudibonderie ! radotent-ils à voix haute, les hôpitaux sont des entreprises « comme les autres » et leur gouvernance (Ah, cet amour passionné, compulsif, de nos réformateurs pour les néologismes clinquants !) relève des mêmes logiques de direction. Les patients, femmes enceintes et autres utilisateurs de notre appareil de soins sont des « clients » qui ont droit aux mêmes égards que les acheteurs de fruits et légumes. D'ailleurs, poursuivent-ils, une telle conception de la santé nécessite une réorganisation (« réforme ») complète de la politique sanitaire, effaçant définitivement les frontières stérilisantes séparant secteur public et secteur privé de santé. Ne sommes-nous pas à l'ère de la disparition des contraintes imposées au marché, désormais « libre et non faussé » ? Jean Loup DUROUSSET, président de la Fédération Hospitalière Privée, admirateur de l'adaptabilité du système sanitaire de la Chine Populaire, après une démocratique interrogation de couverture : « le privé peut-il guérir l'hôpital ? » (2010), y répond par une démonstration étayée et « savante » : le public ne subsistera qu'en prenant exemple sur le privé. Et comment mieux le faire qu'en contractant une solide alliance « mutuellement avantageuse... ».

Disons le sans détour, que les législateurs, ministres, fondés de pouvoir du secteur privé, directeurs des Agences Régionales de Santé aient droit à la parole, n'a rien de scandaleux. Mais qu'ils soient les seuls à décider de notre santé est pour le moins discutable. D'autant qu'ils prétendent, quelle que soit la générosité des analyses des uns et des autres, avoir le dernier mot parce qu'ils seraient les gérants de « notre » économie. Lorsqu'on en arriverait à ce niveau d'argumentation, le débat cesserait, nous butterions alors sur le dur principe de réalité. Car, comme nous le savons tous, les lois du marché ne sont compréhensibles que par une minorité d'experts éclairés. L'histoire de la crise économique actuelle en atteste ! Or, le secteur public voudrait y échapper, au prétexte de conceptions égalitaires dépassées, dangereuses et pour le moins irréalistes. Jean Loup DUROUSSET nous le rappelle : les hôpitaux sont insatiables, se moquent des lois du marché et par conséquent sont inefficaces.

Comment en sortir ?

La santé nous y aide. Si certains pensent le contraire, aucun n'ose affirmer qu'il est juste que l'accès aux moyens de prévenir, de soigner et de guérir soit proportionné à nos richesses. « *A chacun selon ses moyens* » apparaît scandaleux à propos de la santé. Seul est acceptable et réaffirmer par la grande majorité, le principe du : « *chacun selon ses besoins* ». A ce niveau, ce principe de justice s'impose au plus grand nombre. Il devrait d'ailleurs s'imposer dans tous les domaines de la vie sociale, mais nous n'en sommes pas là, à loin près. Tenons-nous en donc à la santé, besoin et nécessité, individuels ainsi que sociaux.

Tout d'abord nous connaissons assez bien l'état de santé de notre population : maladies cardiovasculaires, neurodégénératives, infectieuses, cancers, accidents de travail et maladies professionnelles, Ces données sont le résultat de longs et permanents travaux épidémiologiques accomplis par les observatoires régionaux de santé, ainsi que quelques organismes publics de recherche (institut national des statistiques et études de recherches médicales, institut national de veille sanitaire,) dont les résultats sont accessibles à tous. Associations de patients, élus, organisations des travailleurs de la santé, population dans sa totalité, peuvent connaître ces données indispensables à l'appréciation des besoins.

A partir de celles-ci on peut élaborer des stratégies de réponses à ceux-ci et dans un premier temps lutter contre les inégalités sanitaires, en particulier d'accès aux soins. Les organismes publics de recherche sont unanimes, il y a toujours dans notre vieille république égalitaire de lourdes inégalités s'exprimant en qualité de vie, c'est principal, et en durée. Ces deux paramètres étant fortement liés. Pire, nous dit-on, si la majorité des patholo-

gies recule et est mieux traitée, les inégalités persistent et surtout s'aggravent (bulletin épidémiologique hebdomadaire, 8 mars 2011). Alain TRUJEON dans l'article qu'il signe dans ce numéro, s'appuie sur les données publiées dans un excellent ouvrage qu'il a coécrit pour nous en convaincre (« *Inégalités socio-sanitaires en France* », 2011).

Deuxième constat, nos médicaments sont encore totalement entre les mains des firmes dont la logique est d'abord commerciale, quelles que soient par ailleurs les qualités scientifiques et éthiques de ses chercheurs et plus largement de leur personnel. Les lois du marché peuvent dans la santé, révéler des contradictions insurmontables. Les agences publiques de contrôle des médicaments et d'autorisation de mise sur le marché sont aussi entraînées dans la tragique spirale du profit. Nous en avons vu un exemple très récemment. Ce débat et les solutions à proposer intéressent également l'ensemble de la population et ses représentants. Nous ne sommes pas démunis. Il existe en France une revue médicale (« *la revue Prescrire* ») dont l'indépendance à l'égard des firmes pharmaceutiques est exemplaire. Depuis près de 30 ans, elle s'est construit un outil d'accès à l'ensemble des données internationales concernant les médicaments, leurs effets favorables et défavorables, qui lui vaut désormais une autorité méritée auprès des professionnels de santé.

Mais, si l'on veut tenter de bien répondre aux besoins de santé, il reste un élément décisif à prendre en compte, où tout ou presque reste à faire.

En effet, la santé d'une société et de chaque individu qui la compose dépend, on l'a vu, des conditions économiques qui président à son destin, non bien sûr pour des raisons « *naturelles* », « *indépassables* », s'imposant rationnellement à la détermination des humains, mais bien en raison de choix politiques qui dépendraient en dernière analyse de la volonté populaire. Les consultations démocratiques en seraient le seul mode d'expression qui vaille. Or, ça ne semble pas être aussi satisfaisant que l'affirme nos « *réformateurs* » du jour. Même si l'on est favorable à l'économie de marché et que l'on a élu ceux qui nous gouvernent, ce qui n'est de toute façon le cas que d'une bien étroite majorité des citoyens, nous souhaitons tous être bien soigné quelque soit notre revenu.

Et puis nous avons également cette conviction profonde que notre santé est un bien personnel, en un mot qu'elle nous regarde. Aussi compatissants ou empathiques soient les soignants, nous souhaitons savoir, connaître et pour tout dire être reconnus comme les premiers concernés. Or il apparaît aujourd'hui qu'une telle reconnaissance passe par une participation consciente et active de tous à l'organisation des soins. Les femmes ont ouvert la voie avec la contraception et l'interruption de grossesse.

Ont par la suite participé à cette bataille démocratique, les malades atteints du SIDA. Puis, les multiples associations de patients et de leur famille qui ont alors été créées, se sont engouffrées dans cette faille de notre système de soins autoritaire et paternaliste. Il fallait une sanction législative à ces droits des patients obtenus par ces luttes longues et multiformes. Elle fut obtenue le 4/03/2002 et ses droits ne sont pas seulement individuels. Ils sont aussi collectifs et concernent la qualité des soins.

Nous y sommes.

Chacun de nous est désormais responsable de l'organisation des soins. C'est-à-dire de leur qualité et de leur disponibilité. Cette reconnaissance doit désormais faire basculer toute la vieille culture de la santé, pensée, maîtrisée et diffusée par les seuls experts sanitaires, les seules firmes du médicament, les seuls défenseurs de l'économie de marché.

Cette nouvelle culture du soin, de la protection de la santé de tous, de l'attention à l'autre particulièrement aux plus souffrants, est un chantier à la fois gigantesque et

très simplement humain. Il nécessite une mobilisation de tous les acteurs de santé, c'est-à-dire de tous. Des professionnels de santé aux représentants de patients, à quelque titre que ce soit en passant par les chercheurs de toute discipline et les élus.

Des Assises de la Santé dans toutes les régions.

Ce grand chantier nous proposons de le mettre en route dès aujourd'hui et dans toutes les régions, à partir d'un travail de terrain que nous appellerons les Assises Régionales de Santé. S'il s'agit bien d'un pied de nez aux agences régionales de santé (A.R.S.) qui prétendent nous imposer un modèle sanitaire injuste en le transformant en une « *machine à profit* » bien éloigné de l'objectif fixé par Jacques TENON il y a plus de deux siècles, ces Assises ont pour but d'élaborer démocratiquement les réponses les plus justes aux besoins de santé de tous. Pour bien faire, nous devons garder les pieds solidement accrochés au sol, et ne pas craindre d'affronter les problèmes économiques posés et les remises en cause qui ne manqueront sans doute pas de survenir.

Pourquoi des Maisons de naissance ?

Par le D^r Paul Cesbron

A l'occasion du débat parlementaire sur le plan de financement de la Sécurité Sociale est apparue une ligne budgétaire destinée à la création (expérimentale) des maisons de naissance.

L'affaire aurait pu passer inaperçue tant elle est modeste au regard du volume de finances mobilisées. Au fond cela ne représente que moins de 1/1000 du budget destiné à la périnatalité et sans doute quelques centaines de naissances sur les plus de 800000 qui ont lieu chaque année en France.

Or, le débat à ce sujet fut passionné et sembla même traverser les rangs de la majorité et de l'opposition. Après retrait du projet par le Sénat, Roselyne BACHELOT l'imposa à ses propres amis politiques.

Quels sont les termes du débat ? Pour l'ancienne Ministre de la Santé, il s'agit de réaliser un vieux projet, soutenu par de nombreuses sages-femmes, syndicats en particulier et Conseil de l'Ordre, ainsi que des associations de parents (« *d'usagers* »). Apparue dans le plan de périnatalité de 1998, précisément dans les dispositions complémentaires aux décrets d'Octobre 1998, cette proposition, se donnait à l'époque pour but, dans l'esprit de ses concepteurs, principalement Bernard KOUCHNER et René FRYDMAN, de diversifier l'organisation des soins périnataux. Alternative aux services de Gynécologie-Obstétrique, elle répondait à l'exigence d'autonomie (libre disposition de son corps), de respect de l'intimité de la femme, du couple et de l'accueil du nouveau-né, incompatibles, pour certaines femmes, avec les logiques institutionnelles et techniques des maternités hospitalières. D'autant que celles-ci évoluaient déjà vers la concentration des lieux de naissance, assimilés par certains à des : « *usines à bébé* ».

A ces attendus s'opposent deux types d'arguments qui peuvent selon les uns et les autres être joints ou non.

Le premier utilisé par les deux courants politiques dominant étant celui très classique, dont l'inspiration est légitime, de la sécurité des mères et des bébés. Cet argument est majoritairement mis en avant par un grand nombre de médecins accoucheurs (gynécologues obstétriciens). Rappelons toutefois que dès 1998, René FRYDMAN dont l'autorité professionnelle ne peut guère être mise en doute, conseiller technique à l'époque du

ministre de la santé (Bernard KOUCHNER) y était favorable, ainsi qu'une minorité de ses collègues dont l'auteur de ces lignes. Les données de la littérature médicale ont depuis lors conforté celles de l'époque. Ces bilans, comparatifs des Maisons de Naissance et des Services Hospitaliers proviennent des nombreuses expériences principalement Européenne et Nord-Américaine, de plus de 5 ans, souvent même de 10 ans (P. Viosat et J.C. Pons 2002, A. Grimfeld 2003). Ils analysent les principaux marqueurs de périnatalité : mortalité, morbidité maternelle et néonatales. Ce type d'alternative à l'hospitalisation a largement prouvé son absence de nocivité. Contrairement à ce qui est dit parfois, à droite comme à gauche, il ne s'agit pas d'une régression sanitaire, mais bien d'une innovation, exemplaire à bien des titres pour certains des parents, et qui n'implique aucune incitation.

Deuxième argument, celui de l'inégalité d'accès aux soins. Il mérite en effet réflexion. L'expérience de la Grande-Bretagne y incite. En effet, Margaret THATCHER très attachée à la réduction des dépenses publiques, comme notre équipe gouvernementale actuelle, et à la privatisation de tous les services financés par l'Etat, en particulier la santé (Service National de Santé), s'appuya sur des associations de parents, pour autoriser la création de maison de naissance. Madame THATCHER est une inspiratrice du sarkozysme, dit-on, ou plus exactement une initiatrice du « *tout privé* ». Sa politique fut un cauchemar, rien ne pouvait sortir de bon de son gouvernement. L'émergence des maisons de naissance en temps de crise serait donc une des mille et une ficelles utilisées pour casser nos hôpitaux publics.

Cet argument n'est pas négligeable si ces nouveaux établissements de santé, de droit privé, entraînent une part restant à la charge des parents plus élevées que dans nos Maternités Publiques. C'est le cas pour le secteur hospitalier privé – commercial – dont la part restante est considérée comme trois fois supérieure, en moyenne) à celle des hôpitaux publics, si l'on en croit les données fournies il y a un an par la Fédération Hospitalière de France.

Pourquoi alors ne pas en faire des établissements publics de santé soumis aux mêmes modes de financement que nos maternités publiques ? D'autant que les sages-femmes qui auraient la direction médicale de ces maisons pourraient être un personnel appartenant, comme leurs

collègues, à la fonction publique hospitalière, en l'occurrence, territoriale.

Seulement voilà les sages-femmes libérales qui sont à l'initiative de cette création, tiennent à leur autonomie comme à la prunelle de leurs yeux. Pourquoi ? Un siècle de mise sous tutelle depuis la création du corps des accoucheurs des hôpitaux à la fin du XIX^{ème} siècle les a rendues très vigilantes. Premières professionnelles de la naissance, tant historiquement que culturellement et socialement, elles souhaitent retrouver une vraie liberté, ce que ne leur donne pas actuellement le statut public qui est le leur dans nos maternités.

Elles ont désormais acquis un savoir qui leur permet, comme le précise le Code de la Santé Publique, d'assurer l'accompagnement, global précise-t-elle, des grossesses et accouchements non compliqués, dans leur totalité et sans tutelle. Reconnaissant d'autre part, le rôle prééminent des médecins dans les pathologies périnatales, Or nous disent elles, nous voulons travailler dans le cadre des réseaux de soins en périnatalité. Nous savons reconnaître la pathologie, ce qui est vrai, et nous travaillerons, si nous sommes bien accueillies, en parfaite confiance et complémentarité avec nos collègues sages-femmes et médecins des unités hospitalières. Nous signerons les conventions garantissant la fonctionnalité de ces rapports, non hiérarchiques, ainsi que la qualité des soins donnés aux femmes qui ont souhaité mettre au monde leur enfant dans les Maisons de Naissance.

N'est ce pas raisonnable et par là respectable ?

Alors pourquoi les médecins accoucheurs insistent-ils, dans leur majorité, sur le recul sanitaire qu'entraîneraient les Maisons de Naissance sans même parler de l'accouchement à domicile, alors que tout cela semble s'inscrire dans une perspective de progrès sanitaires et surtout humains : alternative raisonnée contre une pratique unique, en définitive imposée ? La libre disposition de son corps, de son rapport à l'autre, son compagnon, sa compagne, son enfant, notre enfant, valant sans doute bien, des gestes protocolisés, quelles que soient la créativité et la bonne volonté des soignants. N'est ce pas, si l'on considère que les rapports de domination de genres, certes encore conflictuels, sont en cours de résolution, parce que les accoucheurs des hôpitaux en France avaient une autre fonction, oubliée aujourd'hui, mais intériori-

sée culturellement ? Celle d'accroître la population de notre curieux pays. Cette injonction sociale et politique n'est aujourd'hui plus consciente du fait du dynamisme démographique apparu à partir de la Deuxième Guerre Mondiale et poursuivi aujourd'hui. Ce « *populationnisme* » originel lié à la dépression démographique apparue dès le début du XIX^{ème} siècle, se poursuivant jusqu'à la première moitié du XX^{ème}, marque sans doute durablement la pensée obstétricale française. D'autant que discrètement mais efficacement la sage-femme, rivale, de fait, quoiqu'on en dise, est accusée d'avoir participé à ce « *dépeuplement* » par une pratique plus ou moins clandestine de l'avortement.

Ainsi, il est sans doute plus difficile à un accoucheur français de restituer à son aînée qui à bien des égards est digne de respect, une partie de ce qu'il considère, à tort, comme de sa propre responsabilité (de son pouvoir ?) sur la vie des humains. Les fondateurs de l'obstétrique moderne, Adolphe PINARD (1844-1934), Pierre BUDIN, Just Amédée DOLERIS, Paul BAR, tous élèves de Stéphane TARNIER, et leurs collègues, ont consacré leur vie professionnelle à faire reculer l'ombre de la mort, fort présente à leur époque, au-dessus des couches et des berceaux. Il est encore, nécessaire de le rappeler. Républicains convaincus, souvent libres penseurs, ils étaient aussi fondateurs de la première Société « *d'eugénétique* ». Leur « *populationnisme militant* » s'inscrivait dans les conditions socioculturelles, mais aussi scientifiques, de leur temps. Avatar du positivisme, le scientisme, cette « *foi* » dans la science, se proposait « *d'améliorer la race humaine* ». Elle a donné à la France deux prix Nobel de médecine (Alexis CARREL et Charles RICHET) dont nous ne nous honorons plus guère aujourd'hui. Pour les accoucheurs, l'objectif était de donner à la Nation de beaux et nombreux enfants. Aujourd'hui il nous revient de dépasser cette contradiction en rendant possible la création d'alternatives librement choisies, aux maternités hospitalières.

Ainsi les maisons de naissance dirigées par les seules sages-femmes, dans le cadre de bons réseaux de soins de périnatalité, non hiérarchisés, limités à des bassins de vie, participeront à l'émergence d'une culture nouvelle de la naissance, fondatrice d'une éthique de l'altérité. La reconnaissance de la singularité de chaque nouvel enfant n'est-elle pas la source de l'infini respect du à toute personne ?

Analyse du rapport annuel de la Cour des comptes sur les difficultés d'accès aux soins dentaires en France

Par le D^r Lann Phuong Dinh-Do

Le D^r Lann Phuong Dinh-Do est chirurgien-dentiste exerçant en centre de santé. Elle est particulièrement investie dans les questions de formation professionnelle.

Dans le cadre de sa mission constitutionnelle d'assistance au parlement et au gouvernement, la Cour des comptes présidée par Didier Migeaud, qui a succédé à Philippe Séguin, a présenté en septembre 2010 un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Ce rapport examine la situation et les perspectives des finances publiques - celles de la gestion des organismes de la sécurité sociale, de la gestion des risques, ainsi que les comptes de la sécurité sociale

D'après le Premier président de la Cour des comptes, le contexte financier de la sécurité sociale serait accablant, avec un déficit en 2009 qui a doublé en un an et des prévisions pour 2010 allant vers une nouvelle dégradation des comptes de la sécurité sociale. Il annonce que le déficit global de l'ensemble des régimes obligatoires de base (régime général, régime agricole et fonds de solidarité vieillesse) est passé de 10 milliards pour les années de 2003 à 2008, à 25 milliards en 2009 et atteindrait 30 milliards en 2010.

Ce rapport a examiné aussi l'efficacité de certaines politiques sanitaires et sociales. Il suggère qu'il pourrait être possible dans un certain nombre de cas de mieux ajuster les interventions aux objectifs, comme par exemple, l'égal accès aux soins et l'égalité de traitement des assurés au regard de la protection sociale. Il s'agirait d'éviter une accumulation excessive de mesures que le rapport juge parfois incohérentes.

• L'accès aux soins dentaires pointé du doigt

Parmi les problématiques examinées, la Cour des comptes a enquêté sur les difficultés d'accès aux soins dentaires.

Elle observe que la sécurité sociale ne prend plus à sa charge que le tiers (34 %) des 10 milliards d'euros de dépenses de soins dentaires (contre 50 % en 1980) et, qu'en particulier, elle ne prend en charge que 18 % des soins prothétiques qui sont les plus coûteux.

La faiblesse de la prise en charge par la sécurité sociale a pour conséquence directe des renoncements aux soins dentaires qui représentent à eux seuls plus de la moitié de tous les cas de renoncements à des soins pour des raisons financières. Ils touchent particulièrement les personnes défavorisées. Il est noté que les assurances complémentaires ne prennent en charge qu'environ 37 % des dépenses de soins dentaires. C'est au final dans le meilleur des cas, plus d'un quart de la dépense de soins dentaires que les ménages supportent en raison du coût élevé des prothèses dentaires.

Parmi les causes relevées à l'origine de la dégradation de l'accès aux soins dentaires en France, le rapport souligne aussi :

- L'existence d'inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins dentaires : étude de l'ensemble des problématiques révèle que l'accès aux soins est déterminé par l'offre territoriale de soins dentaires, mais aussi la politique de prévention buccodentaire et la démographie dentaire.
- Une politique conventionnelle et tarifaire inadaptée, avec une nomenclature générale des actes professionnels obsolète, qui ne valorise pas les activités de soins conservateurs et de prévention.

Si la Cour des comptes souligne que les tarifs de remboursements des soins dentaires sont fondés sur une nomenclature dépassée, elle note aussi que le suivi des dépenses d'actes hors nomenclature (par exemple les implants ou actes de parodontologie) est très approximatif. Et si elle formule des recommandations pour éviter que l'accès aux soins dentaires ne devienne un grave problème de santé publique, elle affirme aussi la nécessité de ne pas aggraver les dépenses de l'assurance maladie...

• Problématiques relevées par la cour des comptes et quelques-unes des 79 recommandations du rapport pour améliorer l'accès aux soins dentaires

- *Les inégalités territoriales de l'offre de soins dentaires :*

En France, l'ordre national des chirurgiens dentistes recensait 41137 praticiens en juin 2010.

Les statistiques font apparaître des disparités importantes entre le nord et le sud et donc des inégalités importantes de densité de chirurgiens dentistes selon les régions, qui vont du simple au double (de 39 praticiens pour 100 000 habitants en Picardie à 89,7 en région PACA).

En matière de répartition territoriale des professionnels, la Cour des comptes propose de s'inspirer des dispositifs mis en place pour d'autres professions de santé comme par exemple les infirmières.

- La chute de la démographie dentaire :

Selon une étude de la Dress de 2006, si le *numerus clausus* est maintenu à 977 étudiants en chirurgie dentaire chaque année, la densité des chirurgiens-dentistes en France diminuera encore sensiblement, passant de 65/100 000 habitants en 2006 à 40/100 000 en 2030.

Les entrées dans la vie active des chirurgiens dentistes devraient se stabiliser à partir de 2010-2015. En revanche, les cessations d'activité seront toujours plus nombreuses, et le solde avec les entrées projetées devrait se creuser au cours des quinze prochaines années aggravant la crise démographique et par conséquent celle de l'offre dentaire.

La profession continuera de vieillir jusqu'en 2015, avant de rajeunir et de retrouver en 2030

le même niveau qu'en 2006 (48 ans en moyenne).

- La féminisation de la profession des chirurgiens dentistes

La proportion de femmes au sein de la profession sera toujours plus importante, pour atteindre 45% en 2030. C'est la profession la moins féminisée des professions de santé réglementées.

- La part de l'exercice salarié

A comportements identiques, la diminution du nombre de chirurgiens-dentistes affectera autant les libéraux (représentant 91% de la profession) que les salariés (représentant 9% de la profession), d'où une répartition stable entre les deux modes d'exercice à l'horizon 2030.

- La place des assistantes dentaires dans le cabinet dentaire

A l'examen des obligations de qualité et de sécurité des soins qui s'imposent à la pratique de la chirurgie dentaire, la Cour des comptes a souligné le rôle des assistantes dentaires dans le respect de la chaîne de stérilisation d'un cabinet dentaire. Le rapport propose d'élever leur niveau de formation pour qu'elles puissent tenir pleinement ce rôle. Cette recommandation est d'ailleurs partagée par la plupart des syndicats de chirurgiens dentistes. Un renfor-

cement des compétences des assistantes dentaires pourrait ainsi leur permettre d'effectuer des actes de prophylaxie.

- La coopération entre les différents acteurs

L'offre hospitalière et l'usage optimisé des cabinets dentaires des caisses d'assurance maladie sont visés pour étendre l'offre de soins.

- Développer la prévention

La Cour des comptes propose la mise en place d'un examen de prévention dans les établissements scolaires, plutôt que de simples actions d'informations et de sensibilisation.

Cette recommandation est faite au vu du bilan de la politique de prévention (M'T DENTS) mise en place depuis quelques années. Fondée sur le principe du volontariat, elle n'a pu sensibiliser que 50% de la population concernée. Pourtant, une amélioration de la santé bucco dentaire des jeunes qui avaient bénéficié de ces examens de prévention a été constatée

- L'activité prothétique

La Cour des comptes propose un dispositif de suivi, qui apporterait des informations fiables sur le nombre de prothèses dentaires importées et posées, ainsi que la répartition des marges et de la valeur ajoutée au sein de cette filière. Le rapport souligne que ces importations de prothèses induit un phénomène de rente profitant de manière très inégale aux professionnels de santé concernés, estimé à 160 millions d'euros.

Sur ce sujet, l'Union des Jeunes Chirurgiens Dentistes estime que la Cour des comptes, en qualifiant de « rente » certains honoraires des chirurgiens dentistes, feint d'ignorer la nécessité d'une péréquation qui assure l'équilibre économique des cabinets. Selon ce syndicat, elle nie la sous valorisation de certains actes opposables, dont certaines études ont démontré qu'ils sont aujourd'hui honorés de la moitié de leur valeur réelle. L'UJCD considère que la Cour des comptes inverse les responsabilités en affirmant que le désengagement financier de l'assurance maladie s'explique par l'importance des dépassements d'honoraires alors que les remboursements sont bloqués depuis 22 ans. Elle fait remarquer que la Cour de comptes n'a pas jugé utile de consulter les syndicats de chirurgiens dentistes, alors qu'elle a tenu à recueillir l'avis de syndicat des prothésistes dentaires. L'UJCD souhaite que la Cour des comptes ne fasse pas des chirurgiens dentistes des boucs-émissaires, les seuls responsables des difficultés d'accès aux soins dentaires en France.

Le syndicat des dentistes solidaires et indépendants (DSI) est encore plus critique à l'égard de la Cour des comptes. Il rappelle que les tarifs des prothèses compen-

sent les tarifs des actes de soins opposables trop faibles, que le coût d'une prothèse dépend de son origine, (plus élevé par exemple pour des laboratoires de prothèses françaises), ainsi que des charges générales des cabinets dentaires (fonctionnement, amortissement de matériels coûteux mais nécessaires pour répondre aux exigences d'une pratique de qualité).

L'ordre des chirurgiens dentistes a fait remarquer que la Cour des comptes a abordé le sujet des prothèses d'importation de manière « exclusivement » commerciale passant sous silence l'acte médical global au cœur duquel la question de la prothèse n'est qu'un révélateur des problèmes liés aux soins dentaires.

Malgré cette critique, l'ordre des chirurgiens dentistes estime que ce rapport constitue un plaidoyer pour repenser globalement la question dentaire, prenant en compte autant l'ensemble des problématiques dentaires.

- Favoriser la prise en charge des patients par les assurances complémentaires

La Cour des comptes propose de modifier le code de la mutualité : il s'agirait de réduire certains obstacles pour rendre possible la différenciation des remboursements par les organismes complémentaires selon que les professionnels consultés font partie ou non des réseaux qu'ils promeuvent. Mais elle note qu'il y a un risque d'accroître les effets d'inégalités entre assurés devant la couverture complémentaire maladie. Un certain nombre de syndicats de chirurgiens dentistes ne sont pas d'accord avec ce chapitre du rapport.

Conclusion

Le rapport de la Cour des comptes a eu le mérite d'interpeller tant la profession que les institutions en soulignant un certain nombre de problématiques :

- le désengagement de l'assurance maladie pour les soins dentaires associé à une nomenclature obsolète des actes opposables qui dévalorise les soins conservateurs : l'absence d'intérêt apparent de la sécurité sociale n'a d'égale que l'apathie des organisations professionnelles et représentatives des chirurgiens dentistes sur le sujet.
- Une offre de soins inégalement répartie sur le territoire : la solution évoquée par la cour des comptes, la mise en cause de la liberté d'installation ne peut que rencontrer la même opposition que chez les médecins libéraux à qui elle est évoquée à intervalles réguliers.
- Une démographie dentaire en chute libre aggravant les inégalités territoriales préexistantes : seules une augmentation du numerus clausus à la hauteur des besoins (ou sa suppression...) seront en mesure d'y remédier...

- Une pratique tarifaire pour les prothèses dentaires par trop opaque, source de dépassements injustifiés, si ce n'est dans un but de rentabilité que les charges des cabinets dentaires ne peuvent à elles seules justifiées.
- Une politique de prévention buccodentaire insuffisante alors qu'elle a pourtant prouvé son efficacité auprès de ceux qu'elle a pu atteindre.
- La reconnaissance des assistantes dentaires au titres des professions de santé dans le code de santé publique, qu'elles sont nombreuses à revendiquer, est indispensable : elle leur permettrait de protocoliser des transferts de tâche avec les chirurgiens dentistes au titre des dispositifs de coopération interprofessionnelles prévues dans la loi HPST* (Art 51). Mais cela ne pourra se faire que par l'homogénéisation et un renforcement de leur formation initiale (validée par un diplôme d'Etat) mais aussi par l'instauration d'une formation continue obligatoire.
- La nécessité d'une coordination entre les différents acteurs de santé buccodentaire, de la ville et de l'hôpital. Il ne faudrait pas oublier les centres de santé dentaires, les seuls avec l'hôpital à tenter d'offrir un accès de tous aux soins dentaires en modérant les tarifs hors nomenclature et, en axant leurs missions sur la prévention et la promotion de la santé bucco dentaire.

Mais surtout, le déséquilibre de l'offre et de la demande en matière de soins dentaires créé par la diminution de la densité globale des chirurgiens dentistes combiné à une baisse du pouvoir d'achat des Français en proie à la crise économique, ont pour conséquence un accès aux soins dentaires plus difficile, avec une explosion du renoncement aux soins conservateurs et surtout aux soins prothétiques comme en témoignent toutes les enquêtes menées auprès des usagers (IRDES en 2007, Cercle Santé- Europ Assistance et CISS- Via Voice en 2010).

Et le rapport, s'il pointe nombre de problèmes, ne pose pas la question de la responsabilité des pouvoirs publics dans cette crise de l'accès aux soins dentaires : depuis 20 ans aucune mesure n'a été prise pour faire de la santé bucco dentaire l'enjeu majeur de santé publique qu'elle représente, pour lutter efficacement contre l'aggravation des difficultés d'accès aux soins dentaires, source d'inégalités sociales de santé et de renoncements aux soins. La loi HPST a en 2009 timidement tenté d'obtenir plus de transparence tarifaire de la part des chirurgiens dentistes : le relooking proposé en ce début d'année 2011 par le sénateur Fourcade remet en cause ces maigres avancées.

Si les auteurs du rapport reconnaissent implicitement la nécessité de revoir la nomenclature pour revaloriser les

soins conservateurs et les actes de prévention, c'est pour mieux rappeler celle de ne pas aggraver les comptes de la sécurité sociale. Comment faire alors quand les besoins de la population en santé dentaire ne font que croître au même titre que les besoins médicaux ? Le rapport n'offre comme seule piste pour améliorer la prise en charge des soins dentaires que celle des assurances complémentaires qui représentent une charge lourde pour les ménages. Le problème est pourtant ici tout autre : c'est celui du financement de la sécurité sociale et de choix sociétaux qu'il va falloir faire. Car seule une politique volontariste de prévention bucco dentaire et un système de protection sociale prenant pleinement en charge les soins conservateurs et prothétiques peuvent garantir l'accès aux soins dentaires pour tous.

Face à ces constats, les chirurgiens dentistes ne peuvent s'exonérer d'examiner leur part de responsabilité. Car quelles sont leurs missions premières ? Répondre aux besoins des patients, à savoir, poser le bon diagnostic, prodiguer des soins de qualité et proposer à leurs patients des honoraires avec tact et mesure, sans recherche de profit.

A contrario ce n'est pas l'émergence d'une dentisterie « low cost » proposée par quelques centres dentaires qui règlera le problème de l'accès aux soins dentaires de qualité pour tous. Ces centres se spécialisent dans le créneau des soins prothétiques à tarifs réduits et sont

gérés comme une entreprise à vocation financière dont la devise est prix minimum et rentabilité maximale. Le patient y est réduit à un client et le dentiste à un simple exécutant. Le chirurgien dentiste ne prend en charge que des patients sélectionnés par le gestionnaire du centre et répondant d'abord à des critères de rentabilité que ce dernier a prédéfinis.

Le développement de ce type d'offre de soins n'est pas sans étonner au moment où les chirurgiens dentistes sont enfin identifiés comme des acteurs des soins primaires au même titre que les médecins généralistes et sont invités à prendre toute leur place dans les dispositifs de dépistage des cancers buccaux par exemple.

De nombreux chirurgiens dentistes ont conscience que le respect des valeurs essentielles de leur discipline est indispensable pour faire progresser une science odontologique qui pour être moderne se doit d'être éthique, et dont la mission première est de demeurer au service du patient, en espérant le soutien éclairé d'une politique de santé pérenne, à la hauteur des enjeux.

Peut être serait il bon que nous nous souvenions du serment d'Hippocrate afin que la profession retrouve ses lettres de noblesse, le sens de l'intérêt général qu'elle a quelque peu égaré et pour que la science demeure la base fondamentale de l'art dentaire.

Santé au travail : les pouvoirs publics face à leur responsabilité : une indépendance réelle et non faussée des acteurs de santé au travail comme condition sine qua non à l'efficacité

Par les D^{rs} Cellier, Chapuis, Chauvin, Delpuech, Devantay, Ghanty, & Lafarge

*Ce texte est la conclusion commune du collectif des médecins du travail de Bourg-en-Bresse
(41 Boulevard Voltaire – 01000 Bourg-en-Bresse) de Février 2011
du 17^{ème} rapport annuel commun d'activité d'un groupe de pairs dont ils sont membres.*

*« L'indépendance du métier du médecin du travail doit être préservée dans les actions
qu'il estime nécessaires de mener dans les entreprises et auprès des salariés. »*

Conseil National de l'Ordre des médecins – septembre 2010

Manifeste : La santé au travail, les décideurs publics face à leur responsabilité !

La France est lanterne rouge en Europe dans la plupart des indices de santé au travail et les besoins sont immenses. Il n'est plus besoin de démontrer qu'une réforme s'attaquant aux vrais empêchements à la prévention ferait faire un bond en avant à la fois à la santé publique et à la cohésion sociale.

La réforme actuelle ne touche à aucun des déterminants de progrès bien identifiés par les professionnels de terrain impliqués. Bien au contraire elle démasque l'incroyable parti pris des décideurs. Alors qu'il était urgent de libérer les acteurs de santé pour qu'ils œuvrent en toute indépendance, la mission de santé au travail est confiée aux gestionnaires employeurs en leur donnant, ce qui est incroyable, le pouvoir de décision des orientations de prévention alors qu'ils sont porteurs d'un grave conflit d'intérêt qui a été à l'œuvre déjà dans les dysfonctionnements des services de santé au travail et dans des instances comme le comité permanent amiante, aboutissant aux drames que l'on connaît. Ceci nous amène à une configuration scandaleuse où ceux qui créent les risques sont juges et parties. Dans un contexte où les scandales liés aux conflits d'intérêt se multiplient avec, à chaque fois des morts à la clef, il est hallucinant que les décideurs publics persistent et signent dans leur aveuglement idéologique. Comment peuvent-ils croire qu'ils vont continuer à échapper à leur responsabilité ?

La confusion organisée dans ces jeux d'intérêt doit être cassée : que la question de la gestion des risques qui doit être assurée par les employeurs ne soit pas amalgamée avec l'exercice de la santé au travail comme le prévoit le projet actuel ; que, au contraire, les professionnels de

santé au travail soient clairement séparés, dans leur mission et dans leur activité, de ceux qui génèrent les risques, avec de véritables garanties d'indépendance.

Le paritarisme de la gestion des services n'est certainement pas une garantie dans le contexte de défaillance de la démocratie sociale (dans les PME en particulier). Un premier gage sérieux pour prouver que l'on sort de la tartufferie consisterait à rendre les employeurs minoritaires dans cette gestion. Mais la situation est devenue tellement grave et l'historique des services tellement englué dans la confusion délétère qu'un traitement de fond avec un éloignement complet des préventeurs de la puissance patronale s'avère indispensable.

La mission de santé au travail doit être confiée à une équipe de professionnels coordonnée par les médecins, lesquels devraient pouvoir, en toute indépendance, mener les actions de prévention exclusivement à partir de leurs diagnostics portés sur la base de leurs constats : il ne peut pas y avoir de santé au travail si on ne fait pas de lien santé/travail. Rappelons le, il ne s'agit plus de, encore et toujours, évaluer et informer mais d'imposer les transformations des situations de travail : c'est cette transformation hautement nécessaire du point de vue des professionnels qui est refusée par le patronat et niée dans le projet de réforme qui émane de lui pour l'essentiel.

Perdurer dans un tel assemblage confusionnel et porteur de dégénérescence serait terriblement dangereux pour la santé des salariés mais assurément aussi très pathogène pour ceux qui pratiquent la prévention en santé au travail. L'année 2010 a vu se révéler toute l'exaspération quant au vécu intolérable du travail qui a nourri massivement l'expression populaire de désarroi autour de

la réforme des retraites. Que la réponse de la puissance publique soit du domaine de l'acharnement idéologique en refusant de remettre en question l'asservissement de l'homme au travail et en voulant renforcer l'asservissement du principal dispositif de prévention est terriblement irresponsable.

Il est vraiment temps pour les décideurs publics de se ressaisir !!! Si ce n'était pas le cas, il appartiendrait aux acteurs de régulation (représentants de salariés, Conseil de l'Ordre des médecins, syndicat professionnel) de porter cela devant la justice pour attaquer une réforme qui laisse les salariés en danger sans aucune perspective concrète de transformation de leurs conditions de travail et qui impose à des médecins d'agir en contradiction avec leur déontologie, elle aussi inscrite dans la Loi.

Bilan de notre activité 2010 et chronique des réalités dans les services de santé au travail sous l'éclairage du projet de réforme actuel

Tant d'années entachées de gestion patronale muse-lant la santé au travail, et face à cela tant de luttes portées à déployer un vrai métier dans une indépendance sans cesse mise à mal ! Nous ne pensons pas que l'année 2010 apporterait autant d'aggravation dans l'acharnement idéologique à l'œuvre aussi bien dans la dégradation du travail des salariés que dans la volonté de ligoter la mission de ceux que, pourtant, la République a nommés pour en protéger la santé.

Sans reprendre la litanie des constats, il faut quand même, dans ce rapport, retranscrire la dure réalité du monde du travail et de l'empêchement à l'exercice de notre métier de préventeur ; c'est ce contraste qui jette une lumière crue sur cette question d'indépendance du médecin du travail. Il faut dire de nouveau, encore et combien la dégradation du contenu du travail et des conditions de travail et combien la maltraitance au travail sont générateurs de maladies et d'une violence extrêmement délétère. Nous voulons insister tant cela est pour nous une terrible oppression d'en être les témoins impuissants. C'est à la lumière de ces terribles constats que l'on peut affirmer l'incroyable irresponsabilité de l'État dans la réforme actuelle de la médecine du travail, qui ne met en place aucun déterminant d'amélioration mais bien au contraire vient laminer les dernières ressources des médecins du travail pour œuvrer à une prévention en santé au travail digne de ce nom.

En effet, face à l'oppression des constats, nous avons vécu cette année une accélération sans précédent de l'amputation de notre pouvoir d'agir. La belle capacité d'analyse de la situation de santé des collectifs de travail mise en lien avec leurs conditions de travail a été en grande

partie détruite. La pénurie médicale, les mesures destructrices de la réforme de 2004 jointes à l'application anticipée de la réforme actuelle par les directions de service nous éloignent de plus en plus du cœur du métier. Nos consultations sont essentiellement centrées maintenant sur la prise en charge des « maltraités du travail » avec des situations très effrayantes du côté de la violence managériale. Les atteintes profondes de santé qui en résultent sont à l'origine de l'exclusion du travail et alors qu'elles touchent majoritairement les seniors, on ne peut que s'inquiéter du report de l'âge de la retraite qui va en faire, en plus, des exclus de la société (nous avons informé le Directeur Général du Travail de notre inquiétude sur ce point lors de notre rencontre). Cette exclusion est accélérée par le fait qu'ils sont aussi rejetés du système de soins car les troubles musculosquelettiques ou les dépressions graves sont des maladies « trop longues à guérir » au vu des critères comptables obsessionnels des économies de santé. Nous passons beaucoup de temps à « quémander » des prolongations d'arrêt et de traitement qui donneraient pourtant beaucoup plus de chance de guérison et donc de maintien dans l'emploi mais nous nous heurtons, là encore, à la brutalité des logiques comptables. Par ailleurs notre temps précieux est dilapidé par des demandes de la part des employeurs, favorisées par le décret précédent, pour obtenir des avis d'aptitude à visée sélective et sans rôle préventif mais que les salariés réclament eux-mêmes pour obtenir « un permis de travail ». Le rôle du médecin du travail est détourné au profit de la vision patronale de l'aptitude alors qu'on lui a littéralement confisqué tous les moyens d'éviter l'altération de la santé du fait du travail. Au bout du compte, nos consultations systématiques sont décalées à 2, 3 voire 4 ans et donc ne permettent plus un suivi sérieux et efficient de l'état de santé des salariés en lien avec les situations de travail. Ceci dit, nos nombreux rapports, fiches d'entreprise et courriers d'alerte restent encore un terreau de constats et de préconisations bien d'actualité pour la plupart qui n'attendent que le rôle de l'authentique pluridisciplinarité (à savoir l'intervention de l'Inspection du travail et de l'ingénieur de la CARSAT (ex CRAM) dans leur rôle de conseil mais surtout de coercition pour faire avancer positivement la santé au travail). Disons là combien il est choquant de voir que c'est un inspecteur du travail, connu pour son intégrité et son investissement professionnel, qui se retrouve devant les tribunaux alors que, du point de vue de la santé au travail, nous en appelons depuis tant d'années au renforcement de la coercition pour que les entreprises qui bafouent le droit et la dignité humaine soient mises en demeure de respecter la loi. Malheureusement, les institutions régionales DIRECCTE et CARSAT, sous la contrainte de réglementations aberrantes, sont en train de signer des contrats d'objectifs avec le patronat (n'est-ce pas tragico-comique pour des instances chargées de

contrôler les entreprises), lequel a déjà pris les rennes de la fausse pluridisciplinarité « action com » désinsérée des constats et utilisant des acteurs « formés à la va vite » et sous leur autorité pour lancer des informations stériles inadéquates à la réalité des problèmes mais ne remettant surtout pas en cause les organisations et les situations de travail délétères.

Les CMT (commissions médico-techniques) sont totalement instrumentalisées par les directions de services pour mettre en place des propositions de « prestations » aux entreprises, dans un but uniquement commercial ; les questions d'ordre médical étant balayées rapidement pour ne pas faire obstacle aux objectifs fixés par le service. Nous avons vécu plus de 2 ans de lutte pied à pied, soutenus en cela par l'Ordre des médecins, pour que la volonté du salarié en matière de transfert de dossier soit clairement sollicitée et respectée (c'est cela aussi l'atteinte à l'indépendance au quotidien).

Les SST (services de santé au travail) s'organisent en structures régionales sous forme de partenariats sous l'égide patronale (appelés PARSAT) qui se chargent désormais de décider des orientations des services, avec des priorités bien éloignées de celles requises par les constats sur le terrain. Des solutions de fausse pluridisciplinarité se mettent en place, avec l'embauche d'IPRP (intervenant en prévention des risques professionnels) et de personnel para médical, la formation de secrétaires à l'évaluation des risques, qui dans un contexte clair aurait pu venir étoffer l'équipe de prévention. Dans le contexte actuel, utilisés en réponse à la pénurie médicale et sans aucune garantie d'indépendance par rapport aux employeurs, ils sont détournés de la mission de prévention pour être utilisés dans la simple évaluation des risques (qui, pour une grande part, est déjà faite).

D'ailleurs, dans toutes ces instances, la présence des médecins n'est surtout pas requise pour impulser des actions correctrices en fonction des constats, mais sollicitée une fois que tout est organisé par le patronat pour être caution d'un système perverti sur le strict modèle du sinistre Comité permanent amiante. Dépouillés de leurs moyens d'agir, il faut qu'ils soient là pour être les boucs émissaires tout désignés quand le vent tournera et les scandales éclateront (ce qui est inévitable).

Alors, il faut bien dénoncer de nouveau avec vigueur toute la nocivité de ce verrouillage qui, s'intensifiant dans le projet de réforme préconisé par le MEDEF, va en toute légalité, confirmer les dérives actuelles : renforcement de la mise sous tutelle des médecins, gestion exclusivement comptable des SST au service des entreprises, mainmise des employeurs sur les commissions médico-techniques,

non-protection des acteurs de la pluridisciplinarité laissés à la disposition des employeurs. Pendant que, au travail, la déshumanisation continue à détruire les hommes et les femmes au travail, broyant sur son passage tout ce que les jeunes pouvaient espérer du travail. N'ont-ils pas tous, y compris les jeunes et les plus âgés, exprimé leur souffrance dans cette incroyable mobilisation pour la défense des retraites ? Quelle lecture donner à cette levée de boucliers autre que l'expression de leur exaspération à supporter un travail de plus en plus inhumain ? Il faut vraiment alerter là sur le fait que, dans un pays où l'on méconnaît la maltraitance faite aux jeunes, il ne faudra pas s'étonner d'avoir sous-estimé la situation. C'est faire preuve d'une grande légèreté que de passer à côté de tous ces jeunes en désespérance alors que bien des signaux s'allument dans le monde entier.

Pour autant, 2010 aura été aussi et du fait de ces exagérations de toutes parts, une année de réactions vives et fortes pour défendre une médecine humaniste gardant ses valeurs et sa déontologie ; il y a eu un mouvement humain qui monte et dans lequel nous avons trouvé la force de continuer à défendre et promouvoir « l'authentique médecine du travail ». Cette année aura vu se déployer de magnifiques résistances, à la hauteur des menaces d'une réforme à fort pouvoir destructeur.

Fin 2009, devant le projet patronal de réforme de la santé au travail, le refus unitaire de l'ensemble des syndicats de salariés a été un formidable espoir de résistance. Malheureusement, dans la durée, les acteurs de régulation et les faiseurs d'opinion ne s'intéressent pas à ce sujet au niveau requis. Nous savons bien que certains représentants syndicaux sont échaudés par le manque d'émancipation de bien des médecins du travail mais ils auraient dû comprendre que c'est bien pour cela et parce qu'il y a d'immenses besoins, qu'il faut tenir une attitude d'exigence élevée pour obtenir une réelle indépendance de tous les acteurs de prévention. Faut-il rappeler à ces acteurs syndicaux qu'ils ont leur propre responsabilité dans le cheminement chaotique de la médecine du travail. Nous affirmons que si on lève les obstacles qui étouffent la profession, il y aura un processus d'émancipation et d'épanouissement de grande ampleur mettant la profession sur les rails où elle aurait toujours dû être si elle n'avait pas été mise dans la gueule du loup.

Dans les suites, la pétition « non-mort-médecine du travail » initiée pour défendre une médecine du travail « authentique » c'est-à-dire au service unique de la santé des salariés, sans ambiguïté ni risque de conflit d'intérêt, a rassemblé plus de 22 000 signataires dont près de 1200 professionnels de la santé au travail très inquiets du sort qui les attend. Cette pétition a été soutenue par

Gérard Filoche et la Fondation Copernic et a abouti en septembre à une rencontre avec le Directeur Général du Travail.

En 2010, dans le droit fil de notre 16^{ème} rapport annuel commun de 2009, lettre ouverte aux syndicats de salariés mais aussi au Conseil de l'Ordre des médecins, nous avons, devant la menace d'une réforme anti-déontologique, accentué nos sollicitations auprès des présidents des Conseils national et départemental CNOM et CDOM. Nous les avons également interpellés devant les dérives internes concernant l'indépendance des médecins en particulier concernant la transmission des dossiers médicaux entre médecins.

Les réactions recadrantes des présidents ont été à la hauteur et à la mesure des menaces ; tous deux ont rappelé de façon très forte la suprématie de la déontologie sur toute autre considération, la nécessité de l'indépendance du médecin qui doit pouvoir mener les actions en santé au travail qu'il juge utiles selon ses constats, quelles que soient d'ailleurs les orientations mêmes validées par la CMT du service.

Concernant le dossier médical : « ...je vous invite à toujours obtenir l'accord d'un salarié, par sa signature, lors de tout transfert de dossier médical ». Docteur Rasclé, président du CDOM.- 31 mai 2010 - « Cet accord explicite et renouvelé du travailleur devrait être obtenu par le SST toutes les fois que cela sera nécessaire, en clair, à chaque changement de médecin ». Docteur Rasclé.- 29 novembre 2010 -

Ces soutiens, sur la base du socle déontologique, ont fédéré dans le service, la levée de nombreux médecins pour s'opposer au nouveau protocole de transmission des dossiers qui transgressait les exigences déontologiques et qui, actuellement, est en passe d'être abandonné.

Nous rappelons ici le très important texte **La réforme de la santé au travail passée au crible de la déontologie médicale**, écrit par le Conseil de l'Ordre national le 25 juin 2010. Réuni en session plénière, il a adopté les préconisations suivantes sur la réforme annoncée de la santé au travail et demande à ce qu'elles soient reprises dans le texte du projet de loi à venir.

Nous renvoyons au texte dans sa globalité mais citons comme essentiel :

« L'indépendance des médecins du travail ne doit pas être altérée par de nouvelles règles de gouvernance des services de santé au travail »

Il ne peut appartenir au directeur du service de santé au travail de définir de son propre chef les orientations et

objectifs médicaux du service. Le directeur doit se centrer sur un rôle de coordination et d'organisation du travail, indispensable au bon fonctionnement du service et doit être le facilitateur des missions que la loi confie aux médecins du travail ».

« Les objectifs locaux et orientations....., élaborés et validés par la CMT, ne peuvent porter atteinte à l'indépendance médicale »

« le médecin du travail restera le coordonnateur de l'équipe pluridisciplinaire »

« Les infirmiers et IPRP agiront toujours sur la base d'une procédure établie et encadrée par le médecin du travail »

Quant à l'impact des interventions de l'Ordre des médecins sur la réforme, nous voyons là tout le mépris des législateurs vis-à-vis de l'Ordre, qui représente pourtant l'autorité de défense et de promotion de la déontologie; nous savons qu'un entretien a été demandé au ministre du travail, entretien qui n'a jamais été accordé.

Le CNOM a rédigé un texte de protestation en septembre 2010, après l'adoption par le Sénat du texte de réforme (texte refusé depuis par le Conseil Constitutionnel) :

« L'Assemblée nationale a voté, le 15 septembre 2010, une importante réforme de la santé au travail. Elle résulte d'un amendement dans le cadre d'une loi portant réforme des retraites.

Le texte voté ne répond pas aux attentes des salariés qui doivent bénéficier d'une prise en charge globale de leur santé. Il ne répond pas non plus aux nécessités de l'exercice des médecins du travail dans le respect de leur indépendance technique.

Le médecin du travail doit être le coordonnateur de l'équipe de santé pluridisciplinaire.

L'intervention de médecins non spécialisés en médecine du travail envisagée par le texte ne doit pas conduire à une perte de qualité et doit se faire au sein du service de santé au travail sans être déconnectée de la connaissance du milieu de travail et des postes de travail.

L'indépendance du médecin du travail doit être préservée dans les actions qu'il estime nécessaire de mener dans les entreprises et auprès des salariés.

Le Cnom s'étonne de l'absence de toute concertation et le regrette vivement alors qu'il demande depuis 6 mois à être reçu par le Ministre du travail pour évoquer ce sujet. Dans ces conditions il ne peut qu'émettre une vive protestation et rappeler ses propositions émises en juin 2010. »

Il était évident pour nous que le Conseil de l'Ordre devait se prononcer, il l'a fait parfaitement et nous nous en félicitons ; nous espérons qu'il maintiendra une posture claire et ferme plus que jamais nécessaire.

Enfin en 2011, après le rejet du texte gouvernemental par le Conseil Constitutionnel pour vice de forme, la résistance continue du côté des professionnels actifs, de certains syndicats de salariés et de l'opposition politique, pour dénoncer ce projet de réforme inadapté, injuste et anti-déontologique. Un meeting unitaire de grande ampleur vient d'être organisé. De ce bilan 2010, et plus que jamais, nous réitérons notre appel aux pouvoirs publics, sur la nécessité de tirer toutes les leçons d'un passé et d'un

présent de prévention en santé au travail en échec, de casser cette logique à l'œuvre en France de mise sous tutelle de ceux missionnés pour alerter. Ce temps de réforme est un temps historique pour des décisions enfin responsables. Par contre, si l'Etat persiste à soutenir le texte actuel, en particulier en osant confier les missions de santé au patronat, il engagera très lourdement sa responsabilité en organisant un conflit d'intérêt majeur aux conséquences redoutables pour la santé de milliers de salariés.

Le modèle français de Sécurité sociale : un modèle à défendre et à promouvoir

par Catherine Mills

M^{me} Catherine Mills est maître de Conférences honoraire à l'Université de Paris I, spécialiste d'économie de la protection sociale et particulièrement de la Sécurité sociale. Elle a publié de nombreux ouvrages sur le sujet. Elle est membre des Commissions Économique et Santé / Protection sociale du PCF.

I- La formation du système de Sécurité sociale : une nécessité pour sortir de la phase de difficultés de l'entre-deux-guerres

Celle-ci se caractérise par l'éclatement de la suraccumulation du capital matériel et financier en relation avec les économies massives sur le travail vivant, engendrant une grave insuffisance des débouchés intérieurs des entreprises. Elle se traduit aussi par un blocage de l'incitation à investir ainsi qu'une explosion du chômage. De même on assiste à une chute de la production, en même temps qu'une fuite du capital dans la spéculation, ainsi qu'à de nouveaux et brutaux effondrements sur les marchés financiers. La non-reconnaissance des besoins sociaux, l'incapacité à couvrir les risques et les coûts sociaux de la crise participent au blocage de la progression de la productivité du travail et de la croissance. La stagnation démographique et le non-renouvellement des générations aggravent cette situation : effondrement du taux de natalité, décroissance et vieillissement de la population active, masqués par le recours à une immigration massive.

Les lois de 1928-1930 et leurs limites

Elles témoignent des inquiétudes des pouvoirs publics en amorçant un financement public centralisé d'un certain nombre de besoins sociaux, à partir de cotisations obligatoires, ouvrières et patronales. Mais à la veille de la Seconde Guerre mondiale, seul un tiers de la population est concerné. Le taux de cotisation est faible, les ressources réduites, d'autant que l'on refuse de relever les salaires. Le financement public d'État est lui-même très restreint. Le montant des prestations sociales n'atteint pas 40% des ressources collectées. Seuls les salariés les plus modestes ont droit à de faibles indemnités journalières de maladie. Les retraites sont limitées et éclatées entre assistance pour les plus modestes, et prévoyance individuelle par l'épargne pour les plus aisés. Les excédents capitalisés par l'État constituent un détournement des fonds sociaux en alimentant les placements financiers au détriment des besoins sociaux. Au total, les déséquilibres sociaux s'aggravent avec la montée du chômage et de la pauvreté, en nourrissant la crise de surproduction et de suraccumulation du capital. Le sous-emploi massif des hommes et

des capacités de production coexiste avec les excédents du capital qui, plutôt que de s'investir de manière productive, fuit dans la spéculation financière. Après la Seconde Guerre mondiale, la nécessité d'un changement des anciens mécanismes de régulation est cruciale.

L'originalité du système de Sécurité sociale français créé en 1945-1946. Il emprunte au rapport Beveridge, élaboré en Grande-Bretagne en 1941, les principes d'universalité et d'unité prévoyant que toute la population doit être couverte pour l'ensemble des risques sociaux par une organisation centralisée. Mais ce principe de solidarité nationale est articulé à la solidarité professionnelle, avec un financement par cotisations sur les salaires ce qui rapproche le plan français du système bismarckien. Il amorce le dépassement de la dichotomie entre l'économique et le social, en considérant que les dépenses sociales sont un moyen d'enclencher un autre type de progression de la productivité du travail, contribuant au développement de la capacité productrice de valeur ajoutée des salariés. Il participe aux nouveaux mécanismes de régulation qui marquent le passage au capitalisme monopoliste d'État, et contribue à la phase d'essor du système économique de 1945 à 1967.

Destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques susceptibles de réduire ou supprimer la capacité de gain, à couvrir les charges de maternité ou de famille, la Sécurité sociale tend à s'émanciper du revenu et à dépasser les limites du salaire. Chacun contribue au financement socialisé selon ses moyens. En affirmant le principe: « *de chacun selon sa contribution* », tandis que l'on amorçait une couverture selon le principe « *à chacun selon ses besoins* » on s'émancipait des principes assurantiels.

La promotion de ces principes révolutionnaires tient aussi au rapport de forces politiques favorable aux forces progressistes, rapport construit pendant la résistance à l'occupant nazi et la Libération. C'est Ambroise Croizat ministre communiste et ancien syndicaliste qui mettra en œuvre ce plan, en s'appuyant sur le mouvement des forces sociales. L'originalité de ce plan tient aussi dans le type de gestion démocratique qui va caractériser la Sécurité sociale, avec une gestion par les salariés eux-mêmes.

II- Le rôle du système de protection sociale dans la régulation et dans la phase d'essor du système économique (1945-1967)

Il contribue aux nouveaux mécanismes de régulation permettant de contrecarrer les processus cumulatifs de déséquilibres sociaux et économiques, et de couvrir les coûts sociaux liés au type de progression de la productivité du travail.

Il permet de répondre à la « dynamique des besoins sociaux », et participe à la reproduction de la force de travail, en la maintenant en « bon état de marche », en accroissant sa capacité productive de valeur ajoutée. Les conditions de la croissance d'après-guerre (nouvelles technologies, intensification du travail, production de masse) vont impliquer la prise en compte de la qualification, de la santé, de la prévention et la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Une partie du coût de la reproduction de la force de travail peut être assurée grâce à un financement public socialisé. Si le salaire constitue la forme marchande de la reproduction de la force de travail, les transferts sociaux y participent en dehors du salaire, qui n'est plus la forme unique de reproduction de la force de travail. L'excès des économies relatives sur les salaires est ainsi, partiellement et provisoirement, compensé par le développement des transferts sociaux.

Le système de protection sociale permet de contrecarrer la suraccumulation du capital par des formes nouvelles de dévalorisation structurelle (Boccaro, 1973). Il constitue une contre-tendance originale à la baisse du taux de profit, puisqu'il élargit les profits réalisés et le développement des richesses produites à partir d'une force de travail mieux formée, reposée, logée, bénéficiant de meilleures conditions de travail et de vie, plus motivée et dynamique. Le financement socialisé est un prélèvement sur la valeur ajoutée créée orienté vers des prestations sociales qui contribuent au développement de la capacité productive de valeur ajoutée des salariés.

Le système de protection sociale articule la relance de la consommation et de la production, la sphère de la distribution et la sphère de la production. Ainsi la protection sociale contribue à l'élargissement des débouchés intérieurs des entreprises par une vaste solvabilisation de la demande grâce aux transferts sociaux. La protection sociale élargit la consommation privée et collective, stimule les débouchés des entreprises, donc l'incitation à investir, l'emploi et la production. La promotion du travail vivant devient moteur du progrès économique. Les prestations participent à un autre type de progression de la productivité du travail.

Le système de protection sociale constitue une réponse historique originale aux difficultés de la longue phase dépressive de l'entre-deux-guerres. Il marque la sortie de la phase B du cycle long de Kondratieff de l'entre-deux-guerres et l'entrée dans une nouvelle phase A de croissance après la deuxième guerre mondiale qui durera jusqu'à 1967. Cette tentative de réponse aux processus cumulatifs de déséquilibres s'est avérée efficace, mais ne constitue pas un remède obligatoire, ni éternel, aux contradictions du capitalisme. Elle reste le produit d'un rapport de forces, et la protection sociale se transforme historiquement, en fonction des problèmes économiques et sociaux à résoudre et des modifications du rapport de forces.

III- Des contradictions aux facteurs de la crise de structure et à une nouvelle phase de difficultés du cycle long

Le système de protection sociale est contradictoire. D'un côté, il concourt à émanciper partiellement la protection sociale des limites du salaire et, d'un autre côté, en organisant la reproduction du système économique, il participe à la reproduction des rapports sociaux qui le caractérisent. Même s'il fournit un type nouveau de contre-tendance à la suraccumulation du capital, il ne peut s'opposer totalement et de manière irréversible à un type biaisé de progression de la productivité du travail et à la tendance au gonflement du capital matériel et financier, en liaison avec les économies relatives sur le travail vivant.

Les facteurs de la crise de structure discernables dès la fin des années soixante annoncent le déclenchement d'une nouvelle longue phase de difficultés (phase B du Kondratieff) qui s'ouvre à partir de 1967-1973. On constate un accroissement du rapport capital / produit, ou gonflement de la composition organique du capital. Tandis que le capital constant est accumulé dans les machines, des économies massives sont réalisées sur le travail vivant afin de relever le taux de plus-value. En résultent une nouvelle intensification du travail, une dégradation des conditions de travail et l'augmentation des accidents et des maladies professionnelles, une montée du chômage et le tassement de la progression de la productivité du travail. Les mécanismes de régulation ne suffisent plus à contrecarrer les excès de la suraccumulation du capital et on assiste à la montée des déséquilibres cumulatifs qui caractérisent une nouvelle crise systémique.

Crise systémique et tendance au déséquilibre financier du système de protection sociale

Il devient de plus en plus difficile de colmater les effets de la crise, la montée du chômage et des inégalités sociales. L'équilibre financier du système se trouve compromis en

raison de « l'effet de ciseaux », soit le décrochage entre des recettes limitées par les économies sur les salaires, et des dépenses sociales obligées de s'étendre pour couvrir les coûts sociaux de la crise et les besoins nouveaux. Cela se traduit par une montée de la tendance au déséquilibre financier du régime général de la Sécurité sociale, celui-ci explose, avec la nouvelle phase de la crise systémique dans laquelle nous sommes entrés après la crise financière de 2008, et la récession de 2009. On atteint 23 milliards d'€ de déficits en 2009. La compression des recettes est due au chômage et à la déflation salariale : 100 000 chômeurs représentent 1,3 milliard d'euros en moins pour les caisses de sécurité sociale. 1 % de masse salariale en moins représente 2,5 milliards d'euros en moins de cotisations totales

Les transformations du système de protection sociale dans la crise

De 1949 à 1967, les dépenses sociales s'élèvent de 12 % à 17,5 % du PIB en liaison avec la montée en charge du système (retraites, santé, famille). Mais avec la nouvelle phase de difficultés qui s'amorce dès 1967, les dépenses sociales atteignent 30 % du PIB actuellement, en dépit des tentatives de maîtrise comptable.

Les transformations des politiques sociales s'imposent face aux nouveaux besoins sociaux. Des besoins démographiques : augmentation de l'espérance de vie et baisse de la natalité ; des besoins économiques : tenter de maintenir la productivité du travail, faire face à l'intensification du travail et aux exigences de la révolution informationnelle. Cependant, les politiques sociales tendent de plus en plus à colmater les déséquilibres économiques et sociaux, notamment le chômage et la précarité. L'objectif devient, dès la fin 70, de ramener le rythme de croissance des dépenses sociales à celui du PIB, principe institutionnalisé par le plan Juppé en 1996. Cette politique de maîtrise comptable annoncée comme incontournable est aussi imposée par le type de construction européenne, en particulier les critères du traité de Maastricht et du pacte de stabilité, avec notamment l'obligation de maintenir le déficit public et social à 3 % du PIB et le stock de dette à 60 % du PIB.

La baisse de la part relative des cotisations dans le financement en liaison avec la baisse relative de la masse salariale dans le partage de la valeur ajoutée : pratiquement 10 points depuis 1983. Les cotisations, particulièrement les cotisations d'employeurs, sont présentées comme une charge à réduire au nom de la compétitivité. La part relative des cotisations passe de 78,3 % en 1990 à 73,6 % en 1997, puis chute à 66,3 % en 1998 pour rester ensuite sous cette barre des deux tiers. Au contraire, la part du financement étatique, autour de 20 % de 1969 à 1997,

dépasse 30 % à partir de 1998 et représente maintenant un tiers du financement total, notamment avec la création de la CSG en 1991.

Au sein des cotisations, c'est la régression de la part relative des cotisations employeurs et l'accroissement de celle des cotisations de salariés jusqu'à 1998. Si la part relative des cotisations d'employeurs dans le financement total reste la plus importante, elle a régressé massivement en passant de 58,4 % en 1968 à moins de 45 % actuellement. Ce processus s'est accéléré à partir de 1993 avec la montée des exonérations prétendant inciter à l'emploi. Ces exonérations connaissent une croissance exponentielle : en 2009, elles atteindront 30 milliards d'euros

L'aggravation de la crise systémique : la façon de prétendre résoudre les déficits, à partir des plans de réduction des prestations et de la montée des prélèvements et de la participation personnelle des ménages, tend à compromettre le rôle régulateur du système de protection sociale dans l'économie. En effet, en comprimant le pouvoir d'achat des ménages (des prélèvements plus importants mais des prestations minorées), on déprime la consommation privée et collective, donc les débouchés intérieurs des entreprises et on freine l'incitation à investir tout en nourrissant le chômage. La recherche d'une flexibilité à la baisse des salaires, la dérégulation du marché du travail et la réduction des dépenses sociales tendent à freiner la progression de la productivité du travail total. Tout ceci concourt à limiter la croissance réelle, à encourager son faible contenu en emploi et en salaires et tend à priver le système de protection sociale de ressources, en engendrant une nouvelle montée des déficits. La crise du système de protection sociale et les conséquences des réformes engagées participent ainsi à la crise des mécanismes de régulation du système économique et social d'ensemble.

IV- Accélération des réformes libérales et pistes alternatives de réformes

1. Les réformes hyper-libérales visent la percée des mécanismes d'assurance privée à travers la déstructuration du système actuel. Au nom de « l'universalité », un premier étage concernerait une protection minimale liée à la « solidarité nationale » et déconnectée de l'entreprise, particulièrement pour la politique familiale, mais aussi largement pour le risque santé. Le financement de ces risques serait totalement assuré par l'impôt à travers une envolée massive de la CSG. On invoque que ces risques doivent être ciblés sur les plus démunis. Ceci engloberait aussi les prestations vieillesse non contributives, les prestations chômage (le chômage dit structurel), le financement de l'exclusion (RMI, etc.). Le financement du déficit cumulé du régime général est aussi fiscalisé, avec la CRDS.

Un deuxième étage concernerait une protection obligatoire de base liée au travail, financée par cotisations, mais en visant leur réduction, et leur recentrage sur les risques dits contributifs. Ceux-ci financés selon une conception assurantielle étroite seraient restreints afin d'accélérer la réduction des charges patronales, au prétexte de ne pas rendre le financement de la protection sociale « pénalisant pour l'emploi ». Enfin, un troisième étage instituerait une protection complémentaire libre et facultative, pour ceux qui s'estimeraient insuffisamment couverts et qui auraient alors recours à l'assurance privée pour la maladie et à la capitalisation pour les retraites. Ainsi, les dispositions de la loi Fillon sur les retraites (juillet 2003) et les plans actuels cherchaient à favoriser l'éclosion de fonds de pension « à la française » jusqu'aux effondrements liés à l'explosion récente de la crise financière, économique et systémique d'ensemble. Tandis que la réforme de l'assurance maladie vise la promotion de l'assurance privée et des établissements hospitaliers privés par rapport à l'hôpital public.

La réduction de la part des cotisations sociales a été légitimée par la volonté de séparer ce qui relèverait de la solidarité nationale financée par l'impôt et ce qui concernerait la solidarité professionnelle à financer par des cotisations assises sur les salaires. La CSG a été présentée comme répondant à un souci « d'équité » en appelant à contribution les revenus du capital et les revenus du travail. Plus Impôt que cotisation, elle est censée permettre le financement de la « solidarité nationale » sans déséquilibrer le coût du travail. En réalité la CSG est financée à 88 % par les salariés et les revenus de remplacement (retraites, indemnités de chômage, etc.). Un point de CSG représente actuellement près de 10 milliards d'euros. S'y ajoute la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) de 0,5 % appliquée sur tous les revenus des ménages, ce demi point représente près de 4 milliards d'euros. La CSG représente actuellement 18 % du financement total de la protection sociale.

L'argument du coût du travail trop élevé en France vise à flexibiliser à la baisse le coût du travail. Cet argument est largement discutable, car au sein de l'Union européenne, le coût de la main-d'œuvre ouvrière en France est parmi les plus bas des pays de l'UE avec le Royaume-Uni, l'Irlande et les pays du Sud de l'Europe.

Les politiques d'exonérations de charges patronales, notamment sur les bas salaires ont explosé, la compensation par le budget de l'État ne jouant que pour une part d'entre elles. Ceci transfère sur les ménages la charge du financement de la protection sociale tout en déprimant les recettes. Le total des exonérations de charges sociales s'élève à 30 milliards d'euros en 2009. Cela engendre une « trappe à bas salaires » enfermant les salariés

dans la tranche de salaire qui ouvre droit à exonération et incite les employeurs à substituer à de nouveaux emplois qualifiés des emplois peu rémunérés.

Le durcissement de l'indemnisation du chômage et le dogme de la désincitation au travail

Les dogmes libéraux en France et dans les autres pays de l'Union européenne, présentent la baisse du coût du travail comme une nécessité dans le contexte de la mondialisation économique au prétexte qu'elle resterait la meilleure arme contre le chômage, mais le chômage n'a pas baissé, bien au contraire, comme en témoigne l'explosion d'une nouvelle phase de la crise systémique en 2008-2009. C'est la reprise du thème du chômage « volontaire », présentant les minima sociaux, l'ensemble de la protection sociale, et des revenus de remplacement comme « désincitatifs ». Des chômeurs et des bénéficiaires de minima sociaux seraient peu « incités » à reprendre un emploi. Les réformes récentes précipitées par la politique de Nicolas Sarkozy, sont marquées par une conception néolibérale du marché du travail, de la protection sociale et du fonctionnement de l'économie.

La baisse programmée des pensions publiques de retraite

La réforme des retraites s'est faite en trois temps. En 1993, la réforme Balladur, la loi Fillon en 2003 et la réforme de 2010. Mais les projections font craindre qu'en 2040, un tiers des retraités ne soient sous le niveau du seuil de pauvreté. Ces « réformes » ont joué sur trois composantes :

- 1) l'augmentation de la durée d'assurance requise pour pouvoir faire valoir une retraite à taux plein ;
- 2) L'allongement de la période de référence pour le calcul de la pension, sachant que plus celle-ci est longue, plus le salaire moyen considéré est bas ;
- 3) L'indexation des pensions de retraite sur les prix et non plus sur les salaires (comme avant 1993), si bien que les retraités ne bénéficient plus des gains de productivité de l'économie.

L'étape actuelle avec la réforme de 2010 doit porter la durée de cotisation requise à 42 ans, elle reporte l'âge légal de la retraite de 60 ans à 62 ans. Elle refuse d'envisager un nouveau financement socialisé du système de retraite par répartition et vise alors une réforme dite structurelle qui enclencherait notamment le passage à un système par points ou un principe de comptes notionnels à la suédoise. On réactiverait les plans de capitalisation alors que ces régimes sont de plein fouet dans la crise financière.

La privatisation programmée du système de santé

Elle renforce les inégalités sociales et régionales de santé et entraîne des dysfonctionnements profonds. Le

déficit de l'assurance maladie est lié pour une large part aux politiques de baisse de la part des salaires et de réduction des dépenses sociales. Il sert d'alibi aux forces libérales pour promouvoir une privatisation partielle des dépenses de soins qui entraînerait le démantèlement du système de santé français. La volonté de réduire les dépenses publiques de santé afin de limiter les prélèvements obligatoires, dont les prélèvements sociaux, aboutit à ouvrir le « marché » de la santé aux opérateurs privés, notamment les compagnies d'assurance. La loi Douste-Blazy de juillet 2004, puis les mesures de 2007, ont établi divers systèmes de forfaits et de franchises médicales qui pèsent sur les personnes à bas revenus et sur celles qui ont le plus besoin de soins, comme les ALD. Le concept de « paniers de soins », où les soins pris en charge par l'assurance-maladie de base sont limités, renforcerait la part des dépenses de santé couverte par les assurances complémentaires privées, et tendrait à une sélection de la patientèle par l'argent. On institutionnalise un système d'assurance maladie à plusieurs vitesses. Concernant les soins hospitaliers, la tarification à l'activité (T2A) favorise les établissements privés et les critères de gestion du privé au détriment de l'hôpital public. La loi Bachelot (Hôpital Patients, Santé, Territoires) tend à réduire l'offre publique de soins en encourageant l'offre privée. Ces réformes n'attaquent nullement à la racine les problèmes du système de santé en France et exacerbent sa conception curative étroite, en aggravant l'insuffisance de la prévention et de l'accès précoce aux soins.

2) Des pistes alternatives de réforme, en rupture avec les projets de démantèlement de la protection sociale, afin de contribuer à une issue de progrès à la phase de difficultés en cours

Face à l'accumulation des réformes régressives avec Sarkozy et à la crise profonde d'efficacité et de financement du système de protection sociale, des réformes alternatives de progrès et d'efficacité sont indispensables. Toutes les forces vives du pays, comme en 1945-1946, doivent faire preuve de créativité pour faire monter des alternatives au néo-libéralisme et pour sortir de la crise systémique en cours, où s'articulent la crise du système économique et la crise du système de protection sociale. La solution n'est pas dans la réduction des dépenses publiques et sociales et des prélèvements publics et sociaux obligatoires. Concernant le système de santé, elle ne peut consister dans une réduction des dépenses de santé solidaires, qui favoriserait l'éclatement entre assistance et assurance. Une véritable régulation médicalisée devrait partir d'une évaluation des besoins de santé au plus près du terrain. Elle appelle la concertation et la contribution des acteurs pour la construction de procédures de régulation aboutissant à un système de santé réellement solidaire, préventif, favorisant l'accès précoce aux soins,

coordonné, et efficace avec un meilleur suivi du malade et de meilleurs résultats de santé. Les dépenses sociales de santé, de retraite, pour la politique familiale... devraient être étendues et réorientées. Loin de représenter un boulet pour l'économie, elles pourraient contribuer à une issue de progrès à la phase de difficultés du cycle long en cours et amorcer une nouvelle phase d'essor, en anticipant de nouveaux mécanismes de régulation. **Pour une refonte du financement du système de protection sociale**, les combats contre la réforme régressive des retraites ou de l'assurance maladie révèlent le **besoin de constructions alternatives en rupture avec la logique libérale**. Une réforme de fond du financement permettrait de prendre en compte les besoins sociaux (retraite, santé, famille, emploi) qui ont émergé dans la crise, afin d'amorcer un processus de sortie de crise. **Les axes essentiels de cette réforme** consisteraient 1) dans la création d'une cotisation additionnelle pour financer la protection sociale sur les revenus financiers des entreprises et des banques, qui échappent aux prélèvements sociaux. On peut ainsi envisager d'appliquer à ces revenus financiers qui dépassent 300 milliards d'euros en 2009, le taux de cotisation patronale sur les salaires, ce qui rapporterait en tout 70 milliards de ressources supplémentaires pour le régime général de la Sécurité sociale.

Dans la refonte du système de calcul des cotisations patronales. Actuellement le système repose sur les entreprises qui embauchent et valorisent les ressources humaines et, à l'inverse, désresponsabilise les entreprises qui licencient et fuient dans la croissance financière. Aussi proposons nous de tenir compte du rapport **masse salariale / valeur ajoutée en visant son relèvement**. Les entreprises où ce ratio est bas se verraient appliquer un taux de cotisation plus élevé. Au contraire, les entreprises qui contribuent à la croissance réelle par l'emploi, les salaires et la formation, bénéficieraient de taux de cotisation moindres, mais le développement de l'emploi, des salaires et de la formation serait source de rentrées de cotisations. L'objectif est **de dégager de nouveaux moyens de financement branchés sur l'accroissement de l'emploi, des salaires et de la formation. Ceci pourrait impliquer des crédits nouveaux à partir de prêts bonifiés (à taux nul ou négatif) aux entreprises, d'autant plus qu'elles participeraient à la croissance réelle, à l'investissement productif, centrés sur l'emploi et de la formation. Ceci se ferait d'une part au niveau régional, à travers des Fonds régionaux pour l'emploi et la formation. Cela impliquerait aussi le niveau européen, en exigeant une montée des luttes et propositions concertées nouvelles des forces progressistes. Pour sortir de cette nouvelle phase explosive de la crise systémique, il faut sortir les peuples des cures drastiques d'austérité que les forces libérales leur imposent face à l'explosion des endettements et de la spéculation. On**

pourrait notamment proposer un Fonds européen de développement social, visant le développement social et des services publics. Cela impliquerait notamment des actions fortes pour que la BCE sorte des dogmes monétaristes, il s'agirait aussi de rompre avec les diktats du Pacte de stabilité, ainsi que du Pacte de compétitivité germano- français en cours qui prétend réduire le coût du travail ainsi que les dépenses publiques et sociales de façon drastique. Il convient au contraire de viser un pacte de nouvelle croissance par le développement social et des services publics

Une refonte de progrès du système de protection sociale est une nécessité vitale pour sortir de la crise en cours, notamment pour répondre aux nouveaux besoins de santé, aux exigences d'un financement dynamique des retraites. Des constructions institutionnelles nouvelles pourraient concerner un nouveau Système de sécurité d'emploi ou de formation. Celui-ci viserait à assurer à chacune et à chacun une sécurité et une continuité de revenus et de droits sociaux relevés. Cela impliquerait de nouveaux droits sociaux et pouvoirs des salariés, des acteurs sociaux, des associations, des usagers et de toutes les populations. La promotion de la formation tout au long de la vie, la sécurisation et le développement de l'emploi, des salaires, tous ces facteurs pourraient concourir à dégager de nouvelles ressources pour la sécurité sociale, tout en visant une nouvelle avancée de civilisation.

BIBLIOGRAPHIE :

Catherine Mills, avec la participation de José Caudron, mai 2009, *Protection sociale, Economie et politique, débats actuels et réformes*, ed Gualino, l'extenso éditions, Paris

Michel Limousin et Catherine Mills, [septembre 2010], *La protection sociale en danger. Etat des lieux et stratégie pour une alternative*, Le Temps des Cerises, 2^{ème} édition

Médiateur : la défaite de la formation continue des médecins

Par le D^r Alain Beaupin

Alain Beaupin est médecin généraliste, médecin directeur du centre municipal de santé de la ville de Vitry (94), Président de l'Union confédérale des médecins salariés de France et ancien Président du Conseil National de la Formation Médicale Continue des Médecins Salariés.

En trente trois ans, 5 millions de Français ont pris du Médiateur. Pour en arriver là, il aura fallu la conjonction de deux défaillances, celle du système français du médicament et celle de la formation des médecins. Les rouages de la pharmacovigilance et de l'autorisation du médicament ont été mis à plat par le rapport de l'Igas sur le Médiateur. Les mesures correctrices indispensables ont été identifiées, le ministre en charge de la santé, Xavier Bertrand, a annoncé leur mise en œuvre.

Pour autant, la responsabilité du corps médical dans l'affaire du Médiateur ne fait l'objet d'aucun débat en son sein. Un silence assourdissant règne sur ces millions de prescriptions. Comment expliquer que des dizaines de milliers de médecins de toutes spécialités, soucieux de la santé et du bien être de leurs patients, aient pu ainsi se fourvoyer ? Parce que le Médiateur était autorisé ? Au motif que les pouvoirs publics ont été en défaut, les médecins seraient exonérés de leurs propres responsabilités ? Ce serait trop simple. Car enfin, ce n'est pas parce qu'un médicament est autorisé qu'on le prescrit, c'est parce qu'on l'a décidé.

Ces médecins ont pris une mauvaise décision, ils ont commis une erreur. Il appartiendra à la justice de décider de ce qui, pour certains, relève de la faute. Les juridictions de l'ordre des médecins ont pour leur part condamné 84 médecins depuis 2001 à des interdictions temporaires d'exercice pour avoir prescrit du Médiateur à des personnes qui voulaient maigrir.

Il est courant de dire qu'on apprend plus de ses erreurs que de ses succès. Le Médiateur offre au corps médical une intéressante occasion de progresser, à condition de bien vouloir admettre qu'on n'a pas affaire à un incident isolé, que cette erreur pourrait témoigner de dysfonctionnements anciens et profonds. Et donc, qu'elle pourrait ce reproduire.

On a beaucoup évoqué ces derniers temps la visite médicale et les aspects les plus voyants de l'influence de l'industrie. On ne parle pas assez des carences de la formation continue des médecins, dont l'essentiel du financement est assuré par l'industrie des médicaments et des dispositifs médicaux.

On estime que l'industrie contribue pour 700 millions d'euros chaque année à la formation des médecins quand les financements publics peinent à atteindre 100 millions d'euros. La loi Kouchner de 2002 avait prévu la mise en place d'un fonds de la formation médicale continue. Il a été supprimé avant d'avoir été mis en place. La loi hôpital, patients, santé et territoires de 2009 l'a recréé. Début 2011, les décrets d'application sont sur le bureau de Xavier Bertrand qui en a retenu la parution tant qu'il ne verrait pas plus clair dans ce dossier.

Il reste en effet plusieurs zones d'ombre. Il est prévu que les organismes de formation continue, dénommés selon la terminologie du moment organismes de « développement professionnel continu », soient évalués par une commission scientifique indépendante. Le problème est que l'on ne sait rien de la façon dont seront choisis les membres de cette commission. Plus préoccupant encore, il est prévu que ces membres soient désignés par une fédération d'associations de spécialistes médicaux dont les composantes sont massivement financées par l'industrie. Il serait normal par les temps qui courent que ce point soit mis à plat et qu'une procédure simple et transparente soit adoptée, fixant les modalités de choix des membres et de suivi de cette commission, sur la base de critères connus de tous.

Ces questions étant réglées, il restera à s'assurer que les formations contribuent à éveiller la curiosité des médecins, à renforcer leur indépendance de jugement, leur esprit critique. Il est souhaitable d'aller plus loin que le renforcement de connaissances dont on ne peut se satisfaire qu'elles soient largement soumises à la pression de la nouveauté, réelle ou plus généralement supposée. Les voix minoritaires seront-elles plus écoutées que par le passé ? L'avenir nous le dira.

Reste un sujet difficile, le financement. Deux rapports récents de l'Igas, en 2006 puis en 2008, ont relevé l'insuffisance du financement de la formation médicale continue. En l'état actuel du dossier, l'organisme de gestion du fonds ne disposera d'aucun financement permettant d'avancer plus sérieusement sur la voie de l'indépendance de la formation continue. A ce stade de l'exposé il est na-

turel de se tourner vers ceux qui ont financé jusqu'à présent l'essentiel de la formation continue, avec le résultat inapproprié que l'on a relevé. Il est nécessaire d'assurer enfin l'indépendance de la formation continue des médecins. Une partie des sommes actuellement consacrée par les industriels à la formation des médecins pourrait être affectée, par le moyen d'une taxe, à l'organisme gestionnaire des fonds de la formation médicale continue.

La création d'une taxe sur les industriels du médicament peut troubler les esprits. Quoi ! On veut ouvertement faire financer la formation des médecins par l'industrie ? Ce serait oublier que c'est la situation actuelle. En réalité, cette taxe aurait l'avantage de la simplicité pédagogique, en particulier si l'on pense à une taxe sur les dépenses de promotion commerciale, qu'elles soient déguisées ou pas en participation à la formation des professionnels de santé. Les ressources en question sont payées par la collectivité, à travers l'assurance maladie et les cotisations sociales. Ces ressources existent, 700 millions d'euros, rappelons le. Elles financent aujourd'hui massivement les sociétés savantes de spécialités médicales, leurs congrès, leurs revues. Ces sociétés savantes de spécialités contribuent activement à la médicalisation de la société. Elles participent au formatage de la pensée médicale autour des pathologies et non pas des patients. Elles sont les porteurs des intérêts des industriels. Comme des experts le

relèvent avec justesse et non sans humour, on est passé en quelques décennies du concept « à chaque maladie son traitement » à un concept marketing qu'on pourrait résumer ainsi « à chaque médicament sa maladie ».

Certes, un financement indépendant pour la formation ne résoudra pas tout, mais après des années de tergiversations en matière de formation continue des médecins, on a fait le tour du sujet. Il est arrivé par le passé que certains esprits glosent sur le peu d'utilité de la formation médicale continue. On avait pris l'habitude de leur répondre par une boutade : si vous doutez de l'utilité de la connaissance, essayez l'ignorance ! Avec le Médiateur preuve est désormais faite que l'ignorance nuit. Sans moyens pour la formation continue des médecins, on ne fera rien de bon. Le moment est venu de prendre les bonnes décisions.

NDLR : nous donnons ci-dessous un point de vue différent de celui du Dr Beaupin. Certains pensent en effet que faire financer la formation continue des médecins par l'industrie pharmaceutique, même au travers d'un prélèvement fiscalisé est dangereux. Dans notre esprit de dialogue nous citons ce communiqué de la FNFCEPPCS qui est un organisme de formation qui explicite brièvement une position contradictoire.

Communiqué de presse de la Fédération Nationale de Formation Continue et d'Evaluation des Pratiques Professionnelles des Centres de Santé

En date du 24/01/2011

L'affaire du Médiateur et certainement d'autres médicaments prochainement illustre une fois de plus le rôle de l'industrie pharmaceutique dans notre pays et de ses dérives commerciales. Il faut dire que si c'est l'industrie qui a commercialisé ce produit et si ce sont les pouvoirs publics qui l'ont autorisé, contrôlé et remboursé, ce sont aussi les médecins qui l'ont prescrit à leurs patients. Ce scandale soulève donc la question de l'intervention directe de l'industrie pharmaceutique dans la formation continue des prescripteurs et du rôle de l'Etat dans les garanties éthiques qu'il se doit d'apporter aux usagers du système de santé. Car aujourd'hui, cette formation professionnelle reste majoritairement financée par les fabricants de médicaments et par les fournisseurs de toutes sortes. Elle est ainsi sous leur emprise, dépendante des subsides privés.

Le moment est donc venu d'établir des règles éthiques strictes qui encadrent l'activité des organismes de formation médicale ou dentaire et qui interdisent tout financement de ceux-ci sous quelques formes que ce soit par l'industrie. La FNFCEPPCS demande que les pouvoirs publics interdisent par la loi de telles pratiques et demande que les règles d'indépendance financière soient inscrites dans les statuts de ces organismes. La FNFCEPPCS s'applique ces règles éthiques à elle-même depuis sa fondation.

Dans ces conditions pour garantir une formation médicale indépendante, scientifique et critique indispensable la bonne santé des populations, seuls des financements publics et de Sécurité Sociale doivent contribuer à aider ces organismes à développer leur activité et ceci, en toute indépendance.

Le débat entre efficacité et justice dans le financement des établissements hospitaliers

Par Jean-Paul Domin (OMI, Université de Reims Champagne-Ardenne)

NDLR : Ce texte reprend la communication de Jean- Paul Domin au Congrès de l'AFEP, Lille décembre 2010

La question du financement des hôpitaux occupe depuis la fin des années 1970 une place de premier plan sur le système de santé. À cette époque, la remise en cause du prix de journée et la mise en œuvre du budget global incitent certains chercheurs à développer une réflexion sur l'efficacité du mode de financement et sa relation avec les questions de justice sociale et d'équité. Les manifestations récentes des praticiens hospitaliers montrent bien que le sujet reste d'actualité.

Un médecin de Louis XVI, René-Jacques Tenon, chargé d'un rapport sur les hôpitaux en 1788 ne disait-il pas : « *Les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un Peuple ...* ». Le système de santé dans son ensemble et l'hôpital en particulier participent à la régulation économique, notamment en participant à la reproduction de la force de travail et en contribuant à l'augmentation de la productivité. On ne peut pas comprendre les débats actuels sur le financement hospitalier sans les replacer dans une perspective historique. Si le prix de journée a correspondu à un financement généreux dans une économie en phase de forte croissance, aujourd'hui le recours à la tarification à l'activité (T2A) inaugure effectivement une ère nouvelle de l'histoire hospitalière, où l'État fait son marché. En d'autres termes, il cesse d'être le fournisseur pour devenir l'acheteur du service. Si le prix de journée a essentiellement favorisé les dimensions civique et domestique de l'hôpital, l'émergence de la T2A privilégie désormais ses dimensions industrielle et marchande.

1. DU PRIX DE JOURNÉE AU BUDGET GLOBAL

Des années 1940 aux années 2000 deux modes de financement de l'hôpital ont été mis en place. Le premier, le prix de journée, entend privilégier l'essor des moyens. Le second, le budget global favorise la maîtrise comptable des coûts. La recherche d'un financement économiquement efficace a ainsi plus ou moins bien cohabité avec la prise en compte de la justice sociale

1.1. La recherche d'un financement efficace

Les deux types de financement doivent être appréhendés historiquement. Ils correspondent à des impératifs

économiques : le prix de journée doit favoriser l'émergence d'un système hospitalier fort alors que le second s'inscrit dans la maîtrise des coûts.

Le prix de journée : un outil généreux mais inflationniste

Après la seconde guerre mondiale, un nouveau type de financement se dégage. Il correspond à une période nouvelle où la santé est le vecteur de la qualité de la force de travail. Les travaux du Commissariat général du Plan montrent qu'il est indispensable d'investir dans les politiques de santé dans la mesure où elles constituent le moteur de la croissance économique. La notion de remboursement de soins, longtemps refusée par les autorités devient le fondement de la structure financière des hôpitaux. La loi du 21 décembre 1941 et le règlement d'administration publique du 17 avril 1943 servent de base légale à la nouvelle tarification des établissements hospitaliers. Mais, rien ne change en profondeur par rapport au décret du 13 juillet 1935 : les prix de journée sont calculés *a posteriori* et le prix de journée ne peut être inférieur au coût de revient constaté l'année précédente. Le prix est décidé par la commission administrative et proposé au préfet qui a la responsabilité de l'autorisation en dernier lieu. Ce prix correspond à la division de l'ensemble des dépenses prévisionnelles par le nombre de journées d'hospitalisation prévues.

La méthode comptable employée est la suivante. Un prix de journée distinct est établi pour chaque grande catégorie de services, il dépend du prix de revient hospitalier prévisionnel qui correspond au rapport des dépenses prévisionnelles au nombre de journées d'hospitalisation prévues. Le prix de journée correspond au prix de revient prévisionnel auquel on ajoute ou retranche le déficit ou l'excédent. L'augmentation du prix de journée est considérée comme inéluctable. Ce financement favorise le rapprochement du service public hospitalier avec les entreprises. Il donne aux établissements hospitaliers tous les moyens pour leur expansion et leur permet de rompre avec la logique caritative qui les caractérisait encore dans les années 1950.

Si le prix de journée est en vigueur dans les hôpitaux depuis la fin du XIX^e siècle, l'innovation repose sur le fait que l'hôpital tarifie son activité en fonction de son coût

prévisible et non plus en fonction de la population qu'il reçoit. Le prix de journée est accepté par l'ensemble des acteurs dans la mesure où il permet un financement efficace du système hospitalier et repousse les charges sur un service annexe : la Sécurité sociale. L'hôpital entre dans l'espace économique, son activité permet le développement local et l'implantation d'entreprises et d'industries nouvelles. Il assure la croissance des emplois (notamment féminins) et est devenu un des premiers employeurs du pays. En 1968, il emploie 250 000 personnes contre 135 000 à EDFGDF et 250 000 aux P.T.T. Seule la SNCF avec 350 000 emplois le dépasse.

Mais le prix de journée n'est pas exempt de certaines critiques. Il ne peut permettre de cerner la réalité économique de l'hospitalisation, c'est-à-dire le coût des soins par malade. En effet, la réduction de la durée d'hospitalisation constitue un progrès réel, mais se traduit par un accroissement du prix. L'amélioration du service rendu aux malades et la diminution relative du coût de la maladie ne peuvent être appréciées en raison des fluctuations. Le prix de journée ne représente donc qu'une fiction comptable. Cette technique comptable favorise des comportements irrationnels, extra-économiques et coûteux pour la collectivité. Le prix de journée étant fixé *a priori*, l'intérêt du chef de service réside dans la multiplication du produit unitaire, grâce à l'évolution du nombre de journées.

Les dépenses augmentent de façon quasi mécanique et sans justification médicale. Le système est donc inflationniste. Ces pratiques entraînent des dysfonctionnements au sein du système hospitalier : les malades sont hospitalisés plus longtemps que leur état ne le nécessite. Les dépenses de la Sécurité sociale augmentent. Le patient, quant à lui, subit une perte de revenu quand il n'est pas couvert à 100 %. Le prix de journée est établi pour toutes les catégories de services hospitaliers et comprend les dépenses d'exploitation et les charges extérieures. Il doit couvrir l'ensemble des dépenses de fonctionnement : hébergement, frais de personnel, soins, médicaments. Certains éléments, comme le solde négatif des consultations externes, sont intégrés au calcul du prix. Les gestionnaires hospitaliers préfèrent réduire les consultations externes, jugées trop coûteuses, au profit des hospitalisations. Cette pratique est condamnable. D'abord parce que les consultations externes permettent le suivi thérapeutique de certains malades, dont l'état de santé ne nécessite pas d'hospitalisation et dont la guérison eût été plus rapide et moins coûteuse à domicile. Ensuite, parce qu'une réorganisation des consultations externes aurait vraisemblablement été plus utile et plus efficace pour réduire les coûts.

Le passage au budget global : l'émergence d'une maîtrise comptable

À la fin des années 1970, la diminution des recettes et la croissance des dépenses incitent les pouvoirs publics à expérimenter d'autres modes de financement. La diminution des dépenses hospitalières qui représentent plus de la moitié des dépenses de santé constitue pour bon nombre d'experts la piste à suivre. Dès 1978, de nouvelles voies sont explorées : le prix de journée éclaté et le budget global. Si le changement de majorité de 1981 ralentit dans un premier temps le processus, cette dernière solution apparaît être la meilleure pour le ministère de la Santé. La solution de la maîtrise comptable l'emporte donc.

La loi du 19 janvier 1983 supprime le prix de journée et redéfinit un nouveau mode de financement de l'hôpital. Deux règles principales caractérisent cette législation. Le financement des établissements est désormais globalisé sous la forme d'une dotation versée par douzième. La facturation individuelle est supprimée, mais maintenue pour les débiteurs autres que les caisses. Toutefois, la dotation globale ne supprime pas le prix de journée qui, sous la forme d'un tarif de prestation, s'applique à certaines formes d'hospitalisation, notamment l'Assistance médicale gratuite. Le tarif de prestation permet enfin le paiement du ticket modérateur.

Dans les faits, la préparation du budget est dévolue à l'équipe de direction qui demande à chaque centre de responsabilité d'établir un tableau prévisionnel des activités et des moyens (TAPAM). La logique du législateur est d'associer les acteurs à la prise de décision *via* un nouveau découpage de l'hôpital autour des centres de responsabilité prévus par le décret du 11 août 1983. En théorie, le budget est discuté par la Commission médicale consultative et par le comité technique paritaire puis soumis au conseil d'administration de l'établissement qui doit le voter. En dernier lieu, la Caisse régionale d'assurance maladie rend un avis sur l'application du budget. La loi introduit donc une logique de négociation avec la tutelle. Le paiement est assuré par une caisse pivot (la caisse primaire d'assurance maladie) qui doit faire l'avance des frais pour les autres caisses. Cette organisation ne satisfait pas la Fédération hospitalière de France qui y voit de nouvelles prérogatives de tutelle pour les caisses. La législation de 1983 marque en effet l'avènement du rôle central de la Sécurité sociale dans la gestion des établissements hospitaliers.

Le décret du 11 août 1983 confère au contrôle médical des caisses un pouvoir accru qui s'étendait à l'ensemble de la clientèle hospitalisée. Une nouvelle tutelle se développe, celle de la CRAM. Mais, un seul acteur garde le pouvoir : l'État. Il est le garant de la maîtrise des

dépenses hospitalières par l'intermédiaire des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales. Pour ses partisans, l'enveloppe globale doit améliorer l'état de la trésorerie qui présentait, auparavant, des déficits chroniques. Le projet entend également promouvoir le contrôle de gestion dans les établissements hospitaliers afin d'optimiser l'utilisation des ressources.

Mais, la réforme ne fait pas l'unanimité dans la mesure où elle ne facilite pas le dialogue entre les différentes instances. La discussion du budget est, dans ces conditions, une procédure descendante de la direction vers les unités, et non pas ascendante. Le directeur de l'établissement doit-il appliquer les directives de la tutelle et les transmettre ou bien favorise-t-il l'émergence d'un projet hospitalier élaboré par l'ensemble des acteurs ? L'hôpital est un domaine bien trop sensible pour que l'administration en abandonne complètement le contrôle. Voté pour une seule année, le budget global a pour objectif d'empêcher toute opération à long terme. Les espaces de liberté sont limités et le directeur de l'établissement dépend de la tutelle. Ainsi, le poste des rémunérations est décidé par l'administration de tutelle et la direction doit en respecter les règles. Enfin, le poste des investissements est soumis à des contraintes assez strictes. Le problème majeur est causé par les taux directeurs. Décidés au niveau national, ils découragent les acteurs qui renoncent à l'élaboration d'un budget qui correspond à leurs besoins. Les petits établissements sont particulièrement défavorisés par cette réforme dans la mesure où leur budget est indexé d'année en année.

1.2. La recherche de la justice sociale dans le financement

La question de la justice sociale occupe une place centrale dans la réflexion sur le financement hospitalier. En effet, celui-ci doit concilier les objectifs de justice sociale indispensables avec ceux relatifs à l'efficacité économique. Or, ni le prix de journée ni le budget global n'arrivent à dépasser ce dilemme.

Le prix de journée : un instrument juste ?

La tarification hospitalière au prix de journée se justifie socialement dans la mesure où elle assure une péréquation des coûts entre traitements lourds et légers. En théorie, ce prix forfaitaire traduit la solidarité sociale à l'égard des personnes hospitalisées, les personnes les moins malades payants pour celles plus gravement atteintes. D'ailleurs, quand au début des années 1980, une réflexion s'est engagée sur une éventuelle individualisation de certains éléments du prix de journée, un des arguments avancés soutient qu'il s'agit d'un abandon du principe de solidarité du système de santé. Maryse Gadreau (1975) montre que la péréquation des coûts conduit dans

les faits à faire financer les traitements les plus onéreux par les traitements les moins onéreux. La concurrence entre établissements n'existe pratiquement pas, sauf sur quelques segments de marché, entre les secteurs public et privé. La saturation de la consommation est impossible.

Au point de vue strictement comptable, le prix ne permet pas de cerner le coût réel de l'hospitalisation, ni celui de la maladie. Ce type de tarification entraîne une injustice pour les hospitalisés. Le mode de calcul utilisé aboutit à faire payer à chacun une quote-part identique alors que le traitement de chaque maladie a un coût différent. Finalement, les traitements les plus onéreux sont donc financés par les moins coûteux. Jean-Pierre Bastard qualifie cette tendance de redistribution verticale ascendante. Les catégories sociales les plus favorisées ne fréquentent les établissements de soins publics uniquement que pour le traitement des pathologies graves et réservent aux cliniques les soins normaux. De cette façon, les patients les plus modestes, qui fréquentent l'hôpital exclusivement, financent les séjours des plus fortunés.

Maryse Gadreau nuance quelque peu le jugement et pense que la pénalisation est la plus forte pour les malades hospitalisés non assurés sociaux et se reporte pour les autres sur le montant du ticket modérateur. Pour la Sécurité sociale et plus généralement pour les organismes payeurs, une redistribution géographique apparaît. Celle-ci suppose que la population qui finance la caisse est différente de celles qui utilisent effectivement les ressources. En l'occurrence, l'aire d'attraction de l'hôpital est différente de la zone de rattachement. La seule solution pour éviter la distorsion et de mettre en place un mécanisme de compensation entre caisses.

Le rationnement des soins par le budget global

La mise en œuvre du budget global s'inscrit dans le cadre d'une politique de régulation par l'offre. Or, si celle-ci peut conduire à une rationalisation des dépenses, elle peut également accélérer un rationnement de la santé. La réforme du financement suscite, dès sa création, la méfiance des praticiens. Mais au-delà d'une simple mésentente entre l'administration et le corps médical, le budget global génère de nombreux dysfonctionnements qui renforcent le malaise hospitalier.

Les professionnels de soins lui reprochent d'ignorer l'activité réelle des établissements. La politique hospitalière nie donc les besoins des hôpitaux en élaborant un budget calqué sur l'évolution de l'inflation. Ce système déconnecte le financement de l'activité de soins dans la mesure où le taux directeur est fixé au niveau national. La structure de la prise de décision reste essentiellement centralisée alors que la réforme de 1983 prône, dans la

perspective de la direction par objectif, le dialogue entre les différents acteurs. Dans les faits, les services hospitaliers préparent chaque année un budget prévisionnel qui n'est jamais pris en compte. Les évolutions budgétaires se font sur la seule progression de l'enveloppe globale nationale sans référence aux performances réelles des établissements. Le dialogue ascendant, tant vanté par le législateur, est absent dans les faits.

Le budget global se révèle être un mécanisme « *de rationnement aveugle et démotivant* » alors même que la réforme a pour objectif, selon ses partisans, de rationaliser l'organisation des établissements de soins. Le budget global est vu comme un instrument démobilisateur dans la mesure où la répartition des fonds se fait uniquement en fonction des taux directeurs, il ne tient pas compte de l'évolution des besoins réels des établissements. L'attribution des enveloppes est automatique et dépend de l'historique des dotations. Le problème a clairement été démontré par certains médecins hostiles au budget global. Toute création de poste se faisant à budget constant, il est nécessaire de transformer ou de supprimer un poste budgétaire pour en créer un autre.

Cette situation rend difficile le redéploiement des effectifs non médicaux car toute activité nouvelle doit être prise sur un autre secteur. Cette contrainte financière entraîne souvent des blocages, des impossibilités d'innovations voire des inadaptations à l'évolution des techniques. Dans certains établissements sous-équipés, le budget global génère des dysfonctionnements. Les contraintes économiques deviennent si fortes que les décisions d'investissements sont reportées ou annulées. Dans d'autres établissements, les recours aux emprunts sont importants.

Ainsi, le budget global fonctionne comme un étai financier qui limite les activités hospitalières. Entre 1970 et 1993, l'hôpital est passé d'une logique de production à une logique de productivité. La mise en œuvre de la dotation globale a entraîné une course à la productivité sur certains postes (hôtellerie, buanderie, ...). Cette volonté a conduit au non-renouvellement des emplois et au redéploiement des personnels hospitaliers. Le budget global a également accentué les inégalités entre les établissements hospitaliers. Les petits hôpitaux sont victimes de la politique de restriction budgétaire et bon nombre d'entre eux doivent puiser dans leurs réserves pour pouvoir subsister. Or le manque de moyens suffisants a conduit à revoir les politiques de renouvellement des équipements. La justice entre petits et grands établissements n'est plus respectée.

2. LE PASSAGE A LA T2A ET LA VOIE D'UNE MARCHANDISATION DE L'HOPITAL

Depuis 1996, les hôpitaux voient leur financement par budget global complété par un complément en fonction de l'activité. Cette évolution couronne l'utilisation du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) dans le financement des établissements et inaugure une phase marchande

2.1. De l'aménagement du budget global à la mise en œuvre de la tarification à l'activité

Le PMSI a d'abord été appréhendé comme un outil de régulation externe. Mais, il s'est progressivement transformé en élément de tarification propre dans un espace de plus en plus marchand

Le PMSI comme outil de régulation externe

Depuis le milieu des années 1980, le système hospitalier connaît de profondes transformations. La théorie économique standard y voit un exemple caractéristique de relation d'agence imparfaite entre la tutelle (principal) et la direction de l'hôpital (agent). La seule solution consisterait, selon ses partisans, à mettre en œuvre des contrats incitatifs afin d'inciter l'agent à partager l'information. La réforme du financement entamée en 1984 avec l'expérimentation du PMSI participe du même mouvement. D'abord envisagé comme un instrument à usage interne destiné à mieux répartir les budgets entre services, le PMSI va se révéler être un outil de régulation externe (Engel, Kletz, Moisdon, Tonneau, 2000).

L'objectif est de faciliter, dans une situation d'asymétrie d'information une concurrence fictive, notamment en mettant en place une comparaison des performances, en d'autres termes, le *benchmarking*. Le transfert progressif d'enveloppes budgétaires départementales vers des enveloppes régionales est appréhendé comme un moyen d'accroître la compétition entre établissements. Tous les ans, les établissements d'une même région adressent à l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH), les Résumés standardisés de sortie (RSS) de l'année précédente qui leur permet de calculer la valeur du point d'Indice synthétique d'activité (ISA) d'un établissement, mais également de la région. La valeur du point ISA correspond au rapport du budget réel de l'établissement sur le volume de ses points ISA. L'ARH compare alors le budget réel de l'établissement avec son budget théorique qui correspond au volume des points ISA de l'hôpital multiplié par la valeur du point ISA régional.

La comparaison des budgets réel et théorique répartit les établissements en sous-dotés et sur-dotés. En d'autres termes, un établissement dont la valeur du point ISA est inférieure à la valeur régionale est considéré comme

sous-doté. Un établissement a donc intérêt à augmenter son volume de point ISA pour voir son financement s'accroître. La mise en œuvre de la réforme n'est pas sans conséquence. Plusieurs remarques peuvent ainsi être faites dans cette perspective. Alors que le modèle théorique est censé supprimer les comportements opportunistes, ces derniers réapparaissent sous d'autres formes. Tout établissement sur-doté est en mesure d'être sanctionné par la tutelle l'année suivante. La seule solution pour la direction de l'établissement est de maximiser son volume de point ISA. Cette situation conduit les établissements hospitaliers à sélectionner des malades dont le coût de traitement est probablement inférieur à la rémunération du Groupe homogène de malades (GHM) ou à affecter des patients dans des GHM mieux valorisés en points ISA.

La réforme de 1996 ne réduit donc pas le déficit d'information de la tutelle, elle lui apporte seulement une information relativement synthétique conduisant à une automatisation du jugement (Moison, 2000). Mais il est impossible à l'ARH d'entrer dans la boîte noire que constitue un établissement de soins. La valeur du point ISA, bien que définie par un mécanisme assez complexe, constitue un critère d'évaluation assez simple qui ne permet pas d'analyser de façon fine le fonctionnement hospitalier. Les ARH, conscientes de leur situation de déficit informationnel se sont lancées dans la constitution de base de données. Cette situation aurait dû inciter les hôpitaux à reprendre en main leur avenir notamment en procédant à des analyses sur leurs performances. La mise en place du PMSI et la réforme de la procédure de l'allocation budgétaire avait pour objectif, à l'origine, d'inciter les personnels (médecins, cadres de santé, infirmières, ...) à entrer dans une démarche gestionnaire. Sur ce point, la réforme a été un échec. D'autre part, dans bon nombre de cas, les établissements ont su pratiquer la *lobbying* et ont pu obtenir du ministère de la Santé des crédits supplémentaires destinés à aider les hôpitaux en situation de déficit budgétaire.

Dans une situation caractérisée par une inégalité de répartition de l'information entre la tutelle et les hôpitaux, la première peut rémunérer les seconds à un prix égal à la moyenne des coûts des établissements de la région. Mais, dans les faits, les ARH ne se sont pas contentés de suivre les préconisations de la théorie économique, elles ont procédé à « *une hybridation de considérations économiques, gestionnaires, sociologiques, statistiques, mobilisant un modèle de comportement stylisé des acteurs* » (Moison, 2000).

La T2A comme couronnement du PMSI

Le modèle français de paiement prospectif entend favoriser le « payeur voyant » (Pouvoirville (de), 2009).

Le système s'inspire de ce qui est fait aux États-Unis (*Medicare*). Il met en place pour les secteurs public et privé un financement prospectif fondés les GHS et un tarif national par séjour. La réforme repose sur une tarification par GHM (dorénavant qualifiés de Groupes homogènes de séjours -GHS-) différente entre le privé et le public et tente de tenir compte de certaines particularités du service public : les missions d'intérêt général (urgence, enseignement, précarité de certains publics). Certains détails restent toutefois à préciser (tarification des missions d'enseignement et de recherche des CHU, ...). Les concepteurs de la réforme ont prévu une entrée en vigueur progressive combinant, les premières années, le maintien de la dotation globale et l'expérimentation de la tarification à l'activité. Ainsi, une partie de la dotation régionale resterait-elle à la disposition des ARH pour financer les contrats d'objectifs et de moyens.

La T2A favorise des comportements opportunistes. Pour ne pas être pénalisé par rapport aux autres établissements de la région, l'hôpital cherche à maximiser ses points ISA tout en maîtrisant ses dépenses. Les établissements peuvent, dans cette perspective, sélectionner les patients dont le coût du traitement est inférieur à la rémunération du GHM ou affecter les malades dans des GHM qui génèrent plus de points. Pour les pathologies chroniques, l'hôpital peut artificiellement gonfler son activité en multipliant les réhospitalisations pour un même patient. Enfin, une dernière méthode consiste à baisser la qualité des prestations afin de diminuer les coûts. La mise en œuvre de la T2A inaugure ainsi une phase nouvelle où l'État fait son marché (Batifoulier, Domin, Gadreau, 2007). Dans le domaine hospitalier, le prix déterminé par le volume de points ISA devient un élément de la politique hospitalière. L'État n'est pas absent de ce nouveau schéma dans la mesure où la concurrence a besoin de règles nouvelles, notamment pour concilier l'efficacité et l'équité.

2.2. La T2A : une rupture industrielle et marchande de l'hôpital

Le passage d'un paiement rétrospectif à un paiement prospectif est plus complexe dans la mesure où il favorise les dimensions industrielle et marchande de l'hôpital au détriment des dimensions civiques et domestique. C'est pour cette raison qu'il faut y voir une rupture allant à l'encontre des principes de solidarité.

La dimension industrielle et marchande de la qualité hospitalière

L'émergence de la tarification à l'activité consacre la double dimension industrielle et marchande de l'hôpital. La première prend appui sur les objets techniques et les méthodes scientifiques et vante l'efficacité technique,

la performance et la productivité. Dans les faits, elle se traduit par le développement des normes et des standards dans le monde de la santé. Le développement de la politique d'accréditation mise en œuvre d'abord par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), puis ensuite par la Haute autorité de santé (HAS) s'inscrit dans cette perspective.

Plus généralement, le développement des agences dans le monde de la santé participe de ce mouvement de standardisation des pratiques. L'accréditation des établissements reconnaît la dimension industrielle de l'hôpital et la replace dans un référentiel d'évaluation. L'activité de soins est ainsi considérée comme une activité de production. La valeur du point ISA doit d'abord être appréhendée de façon industrielle. Elle incite les établissements à rationaliser leur activité, notamment par des réformes organisationnelles. L'hôpital est aujourd'hui dans l'obligation de contenir la diversité des pratiques médicales afin de mettre en œuvre une seule conduite diagnostique et thérapeutique. Le développement des palmarès hospitaliers, élaborés sur la base de données PMSI, valorise bien évidemment la dimension industrielle de l'hôpital et active la concurrence.

La T2A valorise également la dimension marchande des établissements. Dans le monde marchand, le principe supérieur commun repose sur la rivalité et la compétition. Celle-ci permet de régler les litiges entre les êtres, notamment en évaluant la grandeur marchande par le prix qui exprime les désirs convergents. Les dernières réformes hospitalières prennent appui sur les principes de compétition et de concurrence et prônent l'émergence d'un marché encadré. La T2A permet d'échelonner les hôpitaux d'une région en fonction de la valeur de leur point ISA. Le développement des points ISA va dans le sens de la mise en œuvre d'une concurrence fictive et adapte la solution marchande aux spécificités du monde hospitalier. L'objectif de la mise en place de la T2A est de passer progressivement à une logique d'achat de soins.

Dans un avenir plus ou moins proche, les agences régionales de santé, mais également les opérateurs privés (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances) pourront acheter des séjours hospitaliers pour le compte de leurs clients. La généralisation des palmarès hospitaliers participe également à la dimension marchande de l'hôpital, notamment en incitant les établissements à diminuer leurs coûts.

L'affaiblissement de la dimension civique et domestique de la qualité hospitalière

Si la T2A valorise les dimensions industrielle et marchande de l'hôpital, elle tend également à diminuer leurs valeurs civique et domestique. Dans le monde civique, les

êtres humains n'existent pas en tant que tels, mais plutôt en tant que représentants de collectifs. Les êtres appartiennent tous à un collectif qui les comprend et qui les dépasse. Dans ce monde, toutes les personnes relèvent de la même justice dans la mesure où leur conscience est à l'image de la conscience collective. Ils sont donc capables de subordonner leur conscience à la conscience générale.

Le prix de journée valorisait la dimension civique de l'hôpital en privilégiant une péréquation des coûts (les personnes en bonne santé payant théoriquement pour ceux plus gravement malades). La T2A dévalorise la dimension civique de l'hôpital en privilégiant une approche de plus en plus individuelle de la pathologie. La valorisation du volume du point ISA conduit les établissements à rechercher les malades dont le coût de prise en charge sera plus faible par rapport au coût moyen d'un GHS. Une autre manipulation est possible : la surcotation (appelée également surclassement). Le malade est alors affecté dans un GHS rapportant plus de points à l'hôpital (l'augmentation virtuelle des accouchements difficiles est la manifestation la plus visible de ce type de pratiques).

La T2A introduit donc des risques de discrimination dans la mesure où elle incite à ne soigner les malades qui ont un coût faible pour la société. La rupture de la dimension civique se traduit donc par un risque d'éviction des mauvais risques et plus généralement par une remise en cause de l'égalité d'accès aux soins. Le monde domestique repose sur les relations personnelles qui existent entre les personnes. La grandeur « *est fonction de la position occupée dans les chaînes de dépendances personnelles* » (Boltanski, Thévenot, 1991). Le principe supérieur commun repose donc sur la proximité, le voisinage et la tradition. La dimension domestique de l'hôpital repose sur la réduction de la distance aux soins et l'accroissement des réseaux de proximité. Les données issues du PMSI agissent aujourd'hui comme un seuil de fermeture.

L'insuffisance des admissions et plus encore la diminution des actes pratiqués sont devenues un argument pour fermer un service ou un établissement. Toutefois, le lien entre l'activité et la qualité des soins est assez complexe. Une étude récente nous montre en effet que le volume d'activité des établissements a une influence réelle sur les résultats des soins. Sur six prises en charge hospitalières sur huit, la probabilité de réadmission et de mortalité est plus élevée dans les établissements à faible activité. Mais l'augmentation du volume de soins n'augmente pas de façon linéaire la qualité des soins (Or, Renaud, 2009). La concentration des soins sur quelques établissements est en mesure d'améliorer la qualité des soins dans certains domaines, mais se répercute sur l'accès aux soins et entraîne également des effets pervers générés par la structure monopoliste.

BIBLIOGRAPHIE :

BATIFOULIER P., BUTTARD A., DOMIN J.-P. (dir)[2011], *Santé et Politiques sociales : entre efficacité et justice*, Paris, Editions Eska.

BATIFOULIER P., DOMIN J.-P., GADREAU M. [2007], « La gouvernance de l'assurance maladie au risque d'un État social marchand », *Économie appliquée*, 60(1), p. 101-126.

DOMIN J.-P. [2000], « Évolution et croissance de longue période du système hospitalier français (1803-1993) », *Économies et sociétés, série AF*, 34(3), p. 71-133.

DOMIN J.-P. [2008], *Une histoire économique de l'hôpital (XIX^e-XX^e siècles). Une analyse rétrospective du développement hospitalier. Tome I (1803-1945)*, Paris, CHSS/La Documentation française.

ENGEL F., KLETZ F., MOISDON J.-C., TONNEAU D. [2000], *La démarche gestionnaire à l'hôpital. Le PMSI. La régulation du système hospitalier (2)*, Paris, Seli Arslan.

LENAY O., MOISDON J.-C. [2003], « Du système d'information médicalisée à la tarification à l'activité. Trajectoire d'un instrument de gestion du système hospitalier », *Revue française de gestion*, (146), p. 131-141.

MOISDON J.-C. [2000], « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, 42(1), p. 31-49.

OR Z., RENAUD T. [2009], « Quel est le lien entre volume d'activité des hôpitaux et qualité des soins en France », *Questions d'économie de la santé*, (149).

POUVOURVILLE (DE) G. [2009], « Le financement des hôpitaux », in BRAS P.-L.

POUVOURVILLE (DE) G., TABUTEAU D. (Eds), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presses de Sciences-Po, p. 269-274.

Etude sur la prise en charge des personnes sans domicile fixe

Par le D^r Pierre Frances,

Médecin généraliste à Banyuls sur mer.

Le terme de SDF s'est imposé dans les années 90 remplaçant celui de clochard. A ce changement de terme, correspond un changement de représentation. On est passé du clochard vu comme un personnage alcoolique, folklorique, marginal et ayant volontairement choisi cet état, à l'image du SDF « exclu » subissant les conséquences de la situation économique⁽¹³⁾,⁽¹⁴⁾. Le nombre de sans-abri en France est difficile à établir du fait de l'absence d'outils statistiques fiables, mais aussi du fait du caractère nomade de cette population. En 2007, une évaluation de leur nombre a permis d'avancer le chiffre de 800 000 personnes (dont 100 000 à Paris)⁽¹⁵⁾. Parmi cette population, 10 % vit de manière continue dans la rue, de manière très désocialisée, dans des conditions précaires, et reste difficilement accessible à une prise en charge sociale.

Dans l'éditorial du BEH (bulletin épidémiologique hebdomadaire), Martin Hirsch faisait remarquer que « *l'espérance de vie des plus pauvres en France est plus proche de l'espérance de vie au Sierra Leone (34 ans) (pays qui a l'une des espérances de vie les plus courtes au monde), que de l'espérance de vie de l'ensemble de la population française. Autrefois la pauvreté tuait brutalement. Aujourd'hui, elle tue tout aussi sûrement, mais plus lentement* »⁽¹⁶⁾. Plusieurs travaux ont permis de mettre l'accent sur la mortalité accrue des SDF. Cette espérance de vie avoisine en France 45 ans⁽¹⁷⁾.

En 2007, lors de la campagne présidentielle, Nicolas Sarkozy avait formulé les promesses suivantes : « *Je veux, si je suis élu président de la République que d'ici à deux ans plus personne ne soit obligé de dormir sur le trottoir et d'y mourir de froid. Le droit à l'hébergement, c'est une obligation humaine. Si on n'est plus choqué quand quelqu'un n'a plus de toit lorsqu'il fait froid, et qu'il est obligé de dormir*

dehors, c'est tout l'équilibre de la Société, où vous voulez que vos enfants vivent en paix qui s'en trouvera remis en cause ».

Toutes ces déclarations nous montrent que ce sujet entraîne des réactions passionnelles, et nous obligent à réfléchir sur notre société. Mais, outre la mise en œuvre de mesures pour assurer un logement à tous les SDF, se pose également la question de l'accessibilité aux soins.

Méthode et Moyens de l'étude

L'enquête s'est déroulée sur une année (du 1^{er} avril 2009 au 1^{er} avril 2010). Des consultations hebdomadaires ont été effectuées dans deux centres d'accueil des SDF à Perpignan :

- le premier héberge 40 sans-abri la nuit (Solidarité 66).
- le deuxième axe son travail sur l'accueil hivernal (de décembre à avril) des SDF exclus des autres centres (Croix Rouge notamment), et un accueil permanent en studio de 20 personnes en cours de réinsertion (le Tremplin).

Un seul médecin généraliste a assuré durant cette période la prise en charge de cette population. Il s'est astreint à remplir pour chaque consultation effectuée une fiche sur laquelle était répertoriée l'origine géographique, l'âge, le sexe, les problèmes de prise en charge, mais aussi les pathologies présentées par le biais du codage CISP (classification internationale en soins primaires)⁽¹⁸⁾.

Les consultations ont été réalisées :

- la nuit (entre 20 heures et 24 heures) durant l'ouverture de l'abri hivernal de décembre à avril.
- le dimanche matin de 9 heures à 13 heures en dehors de ces périodes.

Les consultations s'effectuaient dans un bureau sans table d'examen, ni matériel médical, le médecin apportant à chacune de ses visites son propre matériel. Par ailleurs, chacun des centres était prévenu de sa venue 48 heures à l'avance. Aucune contrainte, aucune obligation de soins n'était imposée aux résidents par les éducateurs

¹³ Marpsat M. *L'enquête de l'Insee sur les sans domicile : quelques éléments historiques*. Courrier des statistiques 2008 ; 123 : 53-62.

¹⁴ Lochard Y, Simonet-Cusset M. *L'expert associatif, le savant et la politique*. Ed. Sylleps 2003.

¹⁵ Bourdillon F, Brücker G, Tabuteau D. *Traité de Santé Publique*. Ed. Flammarion Médecine-Sciences 2007.

¹⁶ Les inégalités sociales de santé en France en 2006 : éléments de l'état des lieux. Bulletin épidémiologique et hospitalier du 23 janvier 2007.

¹⁷ Chambaud L. *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*. Rapport IGAS 2007.

¹⁸ Okkes I M, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E: the electronic version of ICPC-2. *Differences from the printed version and the consequences*. Family Practitioner 2000; 17: 101-107.

et veilleurs de nuit. Cependant ils étaient chargés de recruter (avec tact et discrétion) au sein de cette population les sujets les plus vulnérables, ou les personnes dont l'état de santé n'apparaissait pas satisfaisant.

Enfin, on notera que le périmètre de la prise en charge connaît plusieurs limites :

- seuls les sujets volontaires étaient consultés.
- le recueil des données sur les fiches était effectué après le départ des patients, et ne pouvait donc pas faire l'objet d'un approfondissement.
- la dénomination des pathologies pourrait être critiquée. En effet les évaluations étaient difficiles, et les conditions pour réaliser une exploration fiable pas forcément réunies (problème posé par le peu de matériel fourni, impossibilité d'un examen complet chez les personnes très sales ou qui souhaitaient une prise en charge sans examen très approfondi).
- l'échantillonnage dans les centres étudiés n'est pas forcément représentatif de la population des SDF, puisque les personnes qui y vivent ont accepté la promiscuité et d'« obéir » à certaines règles édictées : cela écarte donc ceux qui sont les plus désocialisés car même si en période hivernale des bus sociaux circulent en ville, aucune contrainte n'est imposée à ceux qui souhaitent rester dehors.

Analyse démographique

Durant cette période allant d'avril 2009 à avril 2010, 635 personnes ont été reçues en consultation permettant de remplir 635 fiches de recueil. Cependant, 6 de ces fiches n'ont pas pu être étudiées car elles étaient incomplètes. Au total, 629 fiches ont été exploitées.

Parmi les SDF consultés, 97 (soit 15,4%) fréquentaient le Tremplin, alors que les 532 restants (soit 84,6%) étaient hébergés à Solidarité 66. Il existait une plus grande difficulté à voir les patients du Tremplin, car ce type de population acceptait d'être hébergé, mais refusait pour un bon nombre d'entre eux une prise en charge médicale ou sociale. L'accueil, et la finalité de cet accueil n'était pas les mêmes dans ces deux structures :

- le Tremplin a pour mission de prendre en charge durant la période hivernale les SDF qui souhaitent être au chaud.
- Solidarité 66 prend en charge des populations qui souhaitent se réinsérer dans la Société. Ceux qui refusent toute prise en charge sont rapidement exclus de cette structure.

Dans un premier temps, nous avons colligé nos données en fonction de l'âge des patients (voir tableau 1) :

Age	Nombre	%
Moins de 20 ans	41	6,5%
20 à 29 ans	145	23,1%
29 à 39 ans	128	20,4%
39 à 49 ans	184	29,2%
Plus de 50 ans	131	20,8%
Total :	629	100%

Tableau 1 : répartition des patients en fonction de leur âge

Parmi les personnes reçues, la plus jeune avait 18 ans, et la plus âgée 82 ans. Seuls 6,5% des patients avaient moins de 20 ans. Pour les autres tranches d'âge, la répartition se révélait assez uniforme. Pour la tranche d'âge inférieure à 20 ans, les raisons de l'errance restent principalement le problème psychiatrique. En effet, 29 de ces jeunes de moins de 20 ans, soit presque 71% présentaient des troubles psychiques (psychose ou psychopathie). Pour les autres (6 sur 41 soit 14,6%) l'éclatement de la cellule familiale (divorce, remariage avec des beaux-parents parfois peu compréhensifs) est principalement responsable de la fuite du domicile. Un autre problème est également à mettre en évidence dans ces 14,6% ; celui des jeunes provenant de foyers. Beaucoup ont de grosses difficultés après avoir été mis dans un foyer pour s'insérer de manière correcte. Enfin une petite partie (5 sur 41, soit 12%) a dû quitter le cocon familial du fait de fréquentations jugées inacceptables (homosexualité, compagnon du SDF défavorablement connu des services de Police au grand désespoir des parents par exemple). Pour les plus de 50 ans, c'est surtout la perte d'un emploi qui a généré la précarisation. Quarante vingt trois d'entre eux (soit 63%) expliquent ainsi ne pas être arrivés suite au chômage à faire face aux dépenses du quotidien (crédit, loyer, etc.). Une spirale infernale les a entraînés vers la rue sans qu'ils aient eu le temps de trouver une solution pour se stabiliser. Pour un nombre non négligeable d'entre eux (exclusivement les hommes), l'abus d'alcool associé à une situation professionnelle précaire a conduit à leur « expulsion » du domicile familial par leur épouse (60 d'entre eux soit 46%).

Enfin se pose le problème des personnes de plus de 60 ans dont les retraites ne sont pas suffisantes pour trouver un logement (problème des cautions, des assurances loyers impayés, de la revalorisation des retraites par apport au coût de la vie) qui les conduisent à la rue (8 d'entre eux se trouvaient dans cette situation). Parmi cette population de SDF, nous retrouvons 520 hommes (82,7%), et 109 femmes (17,3%). Vingt (soit 3,1%) vivent en couple.

Afin de mieux connaître le panel étudié, nous avons également établi un tableau permettant d'en connaître l'origine géographique (voir tableau 2)

Origine géographique	Nombre	%
Département	82	13 %
(Pyrénées Orientales)		
Région	122	19,4 %
Reste de la France	214	34 %
Etrangers :	211	33,5 %
- Maghreb	87	13,8 %
- Espagne	58	9,2 %
- Roumains	50	7,9 %
- Autres pays	16	2,5 %
Total :	629	100 %

Tableau 2 : Origine géographique des patients consultés

Ce tableau permet de comprendre la grande diversité des résidents logés dans les deux structures ; 34 % proviennent d'une autre région que le Languedoc Roussillon, 19 % viennent de la Région, et seulement 13 % résident dans le département. Parmi les populations étrangères, le Maghreb (13,8 %), et l'Espagne (9,2 %) sont les nationalités les plus représentées. Les résultats obtenus permettent de mettre en exergue la grande mobilité de ces populations. Les SDF Français hors du département représentent 53,4 % du nombre total. La prise en charge sociale sur Perpignan a permis de loger et prendre en charge les personnes résidant depuis plusieurs années dans le département et leur assurer un foyer. Un tiers des étrangers viennent de l'Europe, et un tiers d'Afrique du nord.

Dans notre panel, nous retrouvons parmi les populations étrangères des espagnols qui tentent leur chance en France pour trouver un travail (les conditions économiques et sociales étant plus difficile dans leur pays, ils ont préféré venir en France pour tenter leur chance sur le marché du travail). La présence d'une population espagnole dans nos centres est à mettre en relation avec notre localisation géographique (proximité avec la frontière). Sur les 58 espagnols de notre étude, 42 (soit 72,4 %) sont arrivés à décrocher un contrat de travail.

Enfin, dans notre recueil, nous avons dénombré parmi les populations reçues en consultation, 25 réfugiés politiques, 32 personnes qui sortaient directement de prison, et 27 qui venaient d'un centre psychiatrique.

La répartition des pathologies rencontrées a été effectuée suivant un codage s'inspirant du CISP (tableau 3 et document 1).

La CISP ou classification internationale des soins primaires est la version française de l'*international Classification of Primary Care* (ICPC) établie par l'Organisation internationale des médecins généralistes (Wonca).

La première version traduite en français date de 1992 (CISP-1).

Actuellement une deuxième version a été donnée (CISP-2).

Cette classification est bi-axiale ; un des axes est composé de 17 chapitres désignant chacun un appareil corporel, le second axe constitué de 7 chapitres centrés sur la thérapeutique et la prise en charge.

A chaque rubrique correspond un code alphanumérique de 3 caractères (la lettre désigne le chapitre ; les deux autres chiffres spécifiant la rubrique).

Document 1 : descriptif du codage CISP⁽¹⁹⁾.

Pathologie	Nombre	% pathologies	% patients
A = général	99	6,28 %	15,7 %
B = sang, organes hémato	14	0,88 %	2,2 %
D = digestif	92	5,83 %	14,6 %
F = œil	130	8,25 %	20,6 %
H = oreille	36	2,4 %	5,71 %
K = circulation	67	4,25 %	10,6 %
L = ostéo-articulaire	95	6,03 %	15,1 %
N = neurologie	65	4,12 %	10,3 %
P = psychologie	276	17,5 %	43,9 %
R = respiratoire	155	9,83 %	24,6 %
S = cutané	95	6,03 %	15,1 %
T = endocrinologie			
Métabolique	50	3,17 %	8 %
U = urologique	70	4,44 %	11,1 %
W = grossesse	0		
Accouchement			
X = génital féminin	7	0,04 %	1,1 %
Y = génital masculin	10	0,06 %	1,6 %
Z = social	315	20 %	50 %
Total :	1576	100 %	

Tableau 3 : classification des pathologies rencontrées suivant les 17 chapitres de la CISP.

¹⁹ Bulet J F, Trombet-Pavot B, Mennerat F, Rodrigues J M. *Organisation et codage des données en médecine ambulatoire : la classification internationale des soins primaires CISP*. Revue du Praticien en Médecine Générale 2000 ; 488 : 315-319.

Parmi les pathologies les plus fréquemment rencontrées lors des consultations, nous notons les pathologies psychiatriques (17,5 % des cas), les pathologies respiratoires (9,83 % des cas), les pathologies ophtalmologiques (8,25 % des cas), puis viennent les pathologies générales (6,28 % des cas), et ostéo-articulaires (6,03 % des cas). Enfin à côté des problèmes somatiques, le problème social mobilise de manière importante notre intervention (20 % des cas). L'analyse des résultats nous incite en premier lieu à nous pencher sur la problématique psychiatrique. A cet effet, il faut savoir que parmi les patients présentant cette dynamique, nous retrouvons 43 % des patients psychotiques, et 28 % de psychopathes. Les 29 % restants présentent un versant névrotique.

Parmi les symptômes les plus fréquemment retrouvés chez les patients qui souffrent d'un problème psychologique, nous notons :

- des problèmes d'anxiété (147 cas, soit 23 %).
- des problèmes d'insomnie (154 cas, soit 24,4 %).
- l'alcoolisme (108 cas, soit 17 %).
- la toxicomanie (56 cas, soit 9 %).

La pathologie respiratoire représente 9,83 % des pathologies rencontrées. Au sein de groupe, il faut différencier les problèmes secondaires à la consommation de tabac générant une dyspnée due à la BPCO (broncho-pneumopathie chronique obstructive), des pathologies hivernales (bronchites notamment). Dans notre étude, sur les 155 cas, 103 souffraient de BPCO (dépistage réalisé au moyen du PIKO 6). Dans notre échantillon, nous retrouvons 528 personnes tabagiques, soit 84 %. Néanmoins parmi les pathologies fréquemment rencontrées chez les SDF, nous devons aborder la question de la tuberculose. Nous n'avons, sur la population consultée, diagnostiqué de cas. Ce résultat ne s'explique pas par un désengagement vis-à-vis du dépistage pour la tuberculose. En effet le CLAT (Comité de Lutte antituberculeuse) se déplace régulièrement au sein des 2 associations grâce à une unité radiographique mobile. Les pathologies ostéo-articulaires représentent 6,03 % des problèmes rencontrés. Dans 60 % des cas il s'agit d'entorses. Les pathologies digestives restent relativement fréquentes. Il s'agit essentiellement de problèmes hépatiques secondaires à une addiction (drogue ou alcool), et favorisent parfois la survenue de cirrhose ou d'hépatite virale. Sur les 92 cas observés, 4 présentaient une hépatite C (3 ont été dépistés suite à la consultation). Parallèlement, les patients souffrent de dyspepsie favorisée par l'existence d'un état dentaire déplorable. Dans notre étude, 86 personnes, soit 13,5 % présentaient des algies dentaires en rapport avec des caries ou des surinfections de chicots. Enfin, nous notons également l'importance des problèmes cutanés (ils étaient présents chez 95 patients). Enfin la promiscuité favorise

souvent les conflits, d'où bagarres, lesquels aboutissent parfois à des fractures et traumatismes ostéo-articulaires divers (ruptures ligamentaires, déchirures musculaires ...). On retrouve fréquemment des entorses favorisées par d'importantes marches sur des terrains accidentés. De plus, le port de chaussures inadaptées ou « en fin de vie » explique également cette problématique.

La compréhension des conditions de prise en charge des SDF peut être évaluée grâce au parallèle qui peut être fait entre leur situation professionnelle et leur couverture sociale (tableau 4).

Métier	Couverture sociale
OUI 137 personnes soit 21,7%	- CMU : 60 personnes soit 9,5% - ALD : 40 personnes soit 6,3% - Part sécurité sociale sans complémentaire : 37 personnes soit 5,9%
NON 492 personnes soit 78,2%	- CMU : 107 personnes soit 17% - ALD : 140 personnes soit 22,2% - AME : 7 personnes soit 1,1% - part sécurité sociale sans complémentaire : 30 personnes soit 4,7%

Tableau 4 : étude du type de couverture sociale en fonction ou non du travail des SDF

En reprenant les éléments de ce tableau, 78,2 % des SDF n'ont pas de métier. 284 personnes vues dans les deux centres qui n'ont pas de profession n'ont pas de couverture sociale. Ce chiffre de 284 n'est pas obtenu par l'addition des différents types de couvertures, car certaines personnes ont à la fois la CMU et l'ALD. De ce fait le nombre de gens couverts est inférieur à celui donné par les chiffres pris séparément. Autrement dit, 45,1 % des SDF reçus lors d'une consultation ne présentent aucune couverture sociale, et ne peuvent prétendre à aucun soin. Pour les personnes exerçant une profession, seuls 15 % a une couverture sociale (partielle ou totale). En analysant ces résultats, parmi les SDF ayant un emploi, seuls 14 (2,2 %) ont obtenu un poste en CDI, les autres ayant des conditions précaires (saisonniers ou CDD).

Au décours de nos consultations, 258 personnes ont bénéficié de la prescription de médicaments (soit 41 %).

Le recours à des confrères spécialistes est resté faible avec 21 cas (soit 3,3 % des cas). Quatorze patients ont été vus par des confrères compatissants qui ont accepté de ne recevoir aucune rémunération. La prescription de soins paramédicaux (infirmières : 11 cas soit 1,7 %, kinésithérapie : 7 cas, soit 1,1 %, podologue : 3 cas, soit 0,47 %) reste anecdotique, et doit être corrélé au fait qu'une limitation dans cette prise en charge était due à une absence

ou à une couverture médicale partielle. Soixante cinq patients ont été orientés vers une infirmière du MAO (Module d'Accès et d'Orientation à la Santé). Treize ont été vus par un éducateur de l'ANPAA (Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie), dans le but d'établir une prise en charge pour un futur sevrage. Les 317 SDF restants ont bénéficié d'une écoute, et une réponse a pu être apportée chez 206 d'entre eux.

Au final de l'étude de nos résultats, en faisant un calcul simple, nous retenons le fait que 111 SDF (17,6 %) n'ont obtenu aucune réponse à leur problématique du fait de l'impossibilité :

- d'obtenir le médicament pour traiter leurs symptômes (102 personnes, soit 16,2 %).
- de pratiquer les examens complémentaires adéquats (absence de couverture et de caractère d'urgence : 9 personnes, soit 1,4 %).

En nous penchant un peu plus sur ces exclus des soins, il faut savoir que 70 d'entre eux (ce qui représente 63 % des patients n'ayant pas eu de réponse à leur demande) n'ont pas trouvé de solution à un problème dentaire ; élément démontrant la difficulté d'accessibilité aux soins dentaires. Quinze autres souffrant de problèmes ophtalmiques (conjonctivite surtout) n'ont pas pu obtenir de collyre pour les soulager. Six autres demandes n'ont pas pu être honorées du fait d'une symptomatologie clinique peu inquiétante, et ne présentant pas de caractère de gravité (toux chronique, RGO).

Discussion :

Des statistiques effectuées en 2002 sur Paris (à propos des classes d'âges des SDF) permettent d'établir une proportion superposable, puisque 52 % des SDF pris en charge avaient un âge compris entre 30 et 50 ans⁽²⁰⁾. Afin de comprendre un peu mieux la présence des femmes dans la population étudiée, nous nous sommes penchés sur une enquête menée par les services sociaux de Seine-Saint-Denis. Dans cette dernière, nous apprenons que 10 % des femmes déclarent se retrouver dans la rue pour se séparer d'un conjoint violent⁽²¹⁾. Mais également qu'entre 1988 et 2002, le nombre de femmes seules dans la rue a augmenté de 38,5 %, et que celui des couples a également augmenté de 10 %.

En fait, ces statistiques ne montrent pas forcément la réalité des choses, car il semble (selon les associations et les chercheurs) qu'il soit très difficile de dénombrer les femmes dans la rue.

En effet, elles restent plus discrètes que les hommes dans la pratique de la manche, et se cachent dans les interstices urbains comme les squats, les garages et les caravanes. Ces éléments expliquent les raisons pour lesquelles l'opinion publique pense (à tort) que les femmes restent souvent écartées de l'exclusion sociale. L'Insee (institut national de la statistique et des études économiques) a recensé en 2004, 4,9 millions d'immigrés au sein de la population française. Parmi eux, 40 % étaient dotés de la nationalité française^{(22), (23)}. Ces étrangers ont été contraints de vivre hors de leur pays d'origine pour des raisons politiques (37 % des demandeurs d'asile viennent de l'Europe de l'Est), des raisons économiques ou médicales (25 % des personnes en provenance de l'Afrique du nord et centrale présentent un problème de santé).

Les roumains constituent également une partie de la population accueillie par les centres d'hébergement des SDF. L'intégration de la Roumanie à l'Union Européenne en janvier 2007 a permis à ces populations de migrer sans visa dans un espace aussi grand qu'une terre promise : mais la réalité est différente avec une difficulté d'insertion sur le marché du travail et le système éducatif. Malgré l'aide humanitaire proposée en 2009 à 8000 roms qui ont reçu 300 € par adulte et 100 € par enfants, ainsi qu'une aide à la réalisation de projets professionnels (tout cela dans la cadre d'une réinsertion dans leur pays), on s'est rendu compte que 2/3 d'entre eux reviennent en France. Mais, contrairement aux Espagnols, leur quête d'un travail se révèle infructueuse compte tenu des écueils linguistiques, du problème de la régularisation de leur situation administrative (manque de papiers). En ce qui concerne les symptomatologies motivant les consultations de ces populations, un parallèle peut être établi avec une étude française réalisée en 1995. Cette dernière met en exergue la prépondérance de certains groupes de pathologies avec une prévalence déclarée plus importante que la population témoin dans ces problématiques les plus fréquemment trouvées⁽²⁴⁾ :

- 5 fois plus de troubles locomoteurs par rapport à la population témoin.
- 1,5 fois plus de pathologies psychiatriques par rapport à la population témoin.
- 1,3 fois plus de maladies respiratoires par rapport à la population témoin.

L'analyse de ces résultats nous incite en premier lieu à nous pencher sur la problématique psychiatrique.

²⁰ Declerck P. *Le sang nouveau est arrivé. L'horreur des SDF* Ed. Gallimard 2005

²¹ Mougin V. *Les SDF* Ed. Le Cavalier Bleu 2005.

²² Insee. *Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004*. Insee Première 2006 ; 1098

²³ Insee. *Les immigrés en France*. Edition 2005. Références Insee 2005.

²⁴ Insee. *Enquêtes annuelles de recensement 2004 et 2005. Près de 5 millions d'immigrés à la mi-2004*. Insee Première 2006 ; 1098

En 2001, une étude de l'Insee montrait que 16 % des sans domicile fixe s'estiment en mauvaise santé contre 3 % de la population ayant un logement personnel⁽²⁵⁾. De plus, trois SDF usagers des services d'aide sur dix se plaignaient de graves troubles du sommeil. Même si certains troubles psychologiques préexistaient à la perte du domicile, les difficultés de vie accentuaient ces problèmes. Près d'un SDF sur cinq reconnaît souffrir de problèmes dépressifs fréquents. En outre un sans domicile sur dix souffrait de maladie du système nerveux. Le rapport de Médecins du Monde insiste sur cette fréquence des troubles psychiatriques (17,5 % des consultants sans domicile versus 9 % des autres patients)⁽²⁶⁾. L'analyse sociologique des troubles psychiques de la personne sans domicile fixe conduit à un paradoxe : dans la rue, la préservation de soi passe souvent par le rêve et l'imaginaire, ce qui laisse transparaître un processus de dégradation mentale. Pour eux (surtout pour les psychotiques) se pose la question d'une réinsertion au sein de la société. En effet, autrefois les CHS (centre hospitalier spécialisé) leur assuraient un logement durant leur vie entière. Actuellement les choses ont changé ; le but des établissements psychiatriques étant d'essayer d'insérer ces personnes dans la Société. Pour ce faire le CHS a constitué des équipes de terrain (composées essentiellement d'infirmiers psychiatriques qui guident, et interviennent sur ces populations).

Malheureusement leur réinsertion reste problématique, et souvent les règles élémentaires pour tenir leur appartement ne sont pas suivies ; élément qui conduit souvent à leur expulsion. Les questions liées à la maladie mentale des personnes sans domicile restent largement inexplorées en France. La vie à la rue favorise « un onirisme social », et la mobilisation d'identités de substitution chez ceux qui tentent de résister à leur situation^{(27), (28)}.

L'alcoolisme reste un fléau de la rue. Cependant, la réalité est très différente, car un bon nombre d'entre eux souffrant de ce handicap nient cette addiction. L'Insee constate qu'un tiers des personnes vivant dans la rue depuis plus d'un an est devenu adepte de la consommation de vin ou de bière ; la moitié considérant qu'il s'agit d'un bon moyen. L'alcoolisme reste essentiellement un problème masculin concernant surtout la tranche d'âge 44-45 ans. Elle épargne du fait de considérations religieuses souvent les populations immigrées. Contrairement à la population générale alcoolique, chez les SDF, du fait

d'une consommation plus rapide et plus intense, on rencontre des troubles neurologiques souvent plus sévères que le reste de la population (syndrome de Korsakoff, voire démence alcoolique)⁽²⁹⁾. En 2003, une étude parisienne a permis de mettre en exergue une prévalence de 14,5 % pour l'épilepsie, et de 8,1 % pour l'épilepsie non liée au sevrage alcoolique⁽³⁰⁾.

L'étude Samenta effectuée en 2009 auprès de 859 personnes vues en centre d'hébergement, lits halte soin santé, hôtels sociaux, a montré que la dépendance à des substances psycho actives (alcool ou drogues illicites) concerne 28,5 % des patients présentant des troubles de la personnalité 16 % d'entre eux sont également des consommateurs de cannabis⁽³¹⁾.

Au chapitre des pathologies respiratoires, le tabagisme reste une addiction « tolérée », cela explique son importance auprès de ces populations très marquées par les difficultés du quotidien. Cela doit nous rappeler que le tabac reste pour certain le seul plaisir qu'ils peuvent s'offrir pour oublier la rue et combattre leur stress⁽³²⁾. Par ailleurs, il existe aussi en France une recrudescence de la tuberculose à partir de 1989. A compter de cette période, la prévalence a été augmentée dans les milieux défavorisés par rapport à la population générale. Les difficultés d'accès aux soins entraînent une aggravation progressive jusqu'à la contagiosité facilitée par la promiscuité. Le taux de déclaration de tuberculose est près de 30 fois plus élevé dans cette population (214 cas pour 100 000 personnes) par rapport à la population générale (8,9 cas pour 100 000 personnes)⁽³³⁾. Parmi les SDF contaminés, 15 % avait déjà été traités pour une tuberculose (récidive ou interruption précoce du traitement ?).

Les pathologies ophtalmiques restent très fréquentes et leur prise en charge souvent problématique pour plusieurs raisons :

- les problèmes de cataracte restent l'apanage de presque tous les patients âgés, et dans notre situation la prise en charge se révèle difficile du fait du prix de l'intervention.

²⁵ De la Rochère B. La santé des sans-domiciles fixe usagers des services d'aide. Insee 2003 ; 893..

²⁶ Chambaud L. *La coordination de l'observation statistique des personnes sans abri*. Rapport IGAS 2007.

²⁷ Firdion J M, Marpsat M. *La rue et le foyer*. PUF 2000 : 107-126.

²⁸ Lanzarini C. *Survivre dans un monde sous-prolétaire*. PUF 2000.

²⁹ Beck F, Legleye S, Spilka S. « L'alcoolisation des personnes sans domicile : une remise en cause d'un stéréotype ». *Economie et Statistique* 2006 ; 391-392 : 131-149.

³⁰ Laporte A, Rouvel-Tallec A, Grosdidier E. « *Epilepsy among the homeless : prevalence and characteristics* ». *European Journal of Public Health* 2007 ; 16 (5): 484-486.

³¹ Douay C, Detrez M-A, Le Strat Y, Chauvin P, Laporte A. *Enquête Samenta. Prévalence des troubles psychiques et addictions (observation du SAMU social de Paris)* 2009

³² De la Rochère B. *La santé des sans-domiciles fixe usagers des services d'aide*. Insee 2003 ; 893..

³³ Antoine D. « *Les cas de tuberculose déclarés en France en 2005* ». *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 2007 ; 11 : 85-90.

- le port de lunettes ou de lentilles reste quasiment impossible pour les personnes non assurées compte tenu du coût par les montures et des verres.

L'étude Abena réalisée en 2005 a permis d'évaluer l'alimentation et l'état nutritionnel des bénéficiaires de l'aide alimentaire. Ce travail a mis en évidence qu'une consommation de 5 fruits et légumes n'était décrite que chez 1,2% des personnes ; mais aussi que la consommation de moins de 3 produits laitiers s'observait chez 89,4% des personnes. Enfin, l'obésité concernait 30,7% des femmes, et 12,1% des hommes. Découlant de ces résultats, en Alsace, 10% des SDF présentent une carence sévère en vitamine C.

Les traumatismes osseux et pathologies ostéo-articulaires restent très fréquents. Ils sont souvent secondaires à l'errance de ces personnes qui marchent beaucoup. De ce fait, ces populations souffrent d'entorses, de fractures de fatigue. Souvent au décours d'un traumatisme jugé anodin apparaît des problèmes de neuro-algo-dystrophies qui sont à mettre sur le compte d'une altération plus importante de l'état général par rapport au reste de la population. L'alcoolisme favorise également une fragilisation du tissu osseux générant ainsi un problème ostéoporotique, lequel est majoré par une consommation importante de tabac. Des retards de consolidation des fractures sont observés du fait de cette co-morbidité. Les problèmes cutanés (apanage des tribulations de ces populations) sont secondaires à un défaut d'hygiène (gale, ulcère infecté, kératolyse des pieds), voire à une négligence dans la prise en charge d'une plaie ou d'une érosion cutanée suite à une longue marche, voire à une station prolongée par grand froid (engelures, nécroses cutanées) ou par une importante canicule (coup de soleil et brûlures secondaires).

Dans le cadre d'une analyse socio-économique, une étude de 2001, réalisée par l'Insee, permettait de noter que trois SDF sur dix travaillaient (chiffre superposable au nôtre)⁽³⁴⁾. Cette étude montre que les SDF exercent pour 0,1% une profession depuis plus de 3 ans (chiffre très faible). Nous voyons également que 25% avaient un CDI contre 2,2% dans notre étude. Ce dernier élément permet de montrer que comme pour la population générale, les conditions pour obtenir un emploi ont changé. La fragilité de notre économie est responsable de la frilosité des employeurs pour établir un contrat à long terme.

En fait les conditions d'accès à la CMU (couverture médicale universelle) et CMU-C (couverture médicale

universelle complémentaire) sont subordonnées à deux éléments qui souvent peuvent faire défauts :

- l'« inertie » de certains SDF, qui du fait d'une importante désocialisation, ne font pas, ou négligent toutes les formalités administratives. Cet élément majeure leur exclusion de tout programme de soins. Le SDF est souvent préoccupé par sa survie au jour le jour, et a tendance à négliger son corps.
- la justification de domicile (qui est parfois refusée par certains SDF).
- la résidence régulière en France et de façon ininterrompue depuis plus de trois mois.

Pour les foyers dépassant dans la limite de 20% le plafond pour l'attribution de la CMU-C, une aide est octroyée pour obtenir une complémentaire santé privée. La couverture du patient nécessite de sa part une participation dans ce cas, aussi modique soit-elle.

En ce qui concerne l'AME (aide médicale Etat), elle n'est attribuée qu'aux personnes de nationalité étrangère en situation irrégulière (sans-papiers) ou demandeurs d'asile qui doivent résider de manière ininterrompue sur le sol français depuis plus de 3 mois et remplir des conditions de ressources. L'admission de l'AME ne donne pas lieu à une immatriculation définitive ; le bénéficiaire dispose en fait d'un numéro d'identification, et non d'un numéro de Sécurité Sociale. Un parallèle peut être établi avec une étude réalisée par P Le Mauff en 2003⁽³⁵⁾, étude qui a été la source de notre travail. Ainsi, suivant cette analyse de 2003, la présence d'un problème social existait pour 23% des patients, alors que nous l'avons chiffré à 50%. En conséquence nous pouvons dire qu'en 7 ans, les conditions de vie se sont aggravées, et que le problème social est devenu un véritable fléau. Les chiffres de 2003 restent conformes à ceux publiés par l'Insee en 2001 qui retrouve 80% des SDF avec une couverture sociale⁽³⁶⁾.

En ce qui concerne nos chiffres ils s'expliquent par le fait que :

- la durée pour obtenir AME ou CMU reste plus longue que par le passé. Ainsi, dans notre département, une interlocutrice privilégiée nous permettait d'obtenir rapidement une immatriculation. Depuis son départ à la retraite, il nous est plus difficile de répondre rapidement à cette demande. De plus, outre cette attente, il se pose la question de l'absence de rétroactivité des soins administrés pour ces bénéficiaires. La CMU ou AME ne sont valables

³⁴ De la Rochère B. *Les sans-domiciles ne sont pas coupés de l'emploi*. Insee 2003 ; 925

³⁵ Le Mauff P, Blanchard E, Urion J, Senand R. *Prise en charge des sans-domicile fixe*. La Revue du Praticien Médecine générale 2003 ; 630 (17) : 1455-1458.

³⁶ Brousse C, De la Rochère B, Massé E. « Hébergement et distributions de repas chauds. Le cas des sans-domicile ». Insee Première janvier 2002 ; 823.

qu'à partir de la date d'acceptation, et non comme pour les ALD de la date d'envoi du dossier.

- la proportion de patients étrangers est bien plus importante qu'en 2003 (15,2% contre 33,5%) ; patients qui ne peuvent attester de leur présence sur le sol français depuis plus de 3 mois, donc ne peuvent être couverts.
- les populations SDF sont plus mobiles. En 2003, 28,2% viennent du département d'origine (la Vendée) contre 13% uniquement actuellement habitent dans les Pyrénées Orientales. Cette plus grande mobilité entraîne des problèmes dans les transferts de dossiers, la récupération des immatriculations, et de ce fait des conditions de prise en charge.

Parallèlement à cette situation administrative, le problème récurrent qui trouve difficilement de réponse est celui des cartes vitales. En effet nombreux sont les médecins, et autres professionnels de santé qui refusent les attestations de CMU ou AME sans carte vitale. Les pharmaciens ne délivrent pas de médicaments pour les patients ayant une attestation CMU provenant d'un autre département s'ils ne sont pas détenteurs d'une carte vitale. Or ce précieux sésame ne peut pas être obtenu par les bénéficiaires de l'AME, et dans les cas d'une perte (ce qui est fréquent au sein de ces populations, les délais d'attente sont importants (plus de 3 mois souvent). Le problème social est devenu actuellement difficile à gérer ; d'autant plus que les différentes associations se trouvent confrontées à des problèmes importants de budget. Elles doivent réussir avec une dotation financière, non réévaluée depuis des années, à accueillir une population de plus en plus nombreuse. De plus, les économies nécessaires pour obtenir un équilibre financier, contraignent ces structures à réduire le temps des travailleurs sociaux. De ce fait le travail administratif est effectué avec un délai plus long (retard dans les prises en charge Sécurité Sociale, retard dans l'acceptation de stages d'insertion professionnelle...). Le budget qu'alloue chaque année l'Etat au dispositif est délibérément inférieur à la véritable dépense finale. En effet, les financements nécessaires sont délégués morceau par morceau en cours d'année au lieu de l'être en un seul tenant en début d'année⁽³⁷⁾.

Parallèlement, les aides départementales stagnent dans la plupart des circonscriptions. L'avènement de la CMU a permis de soulever beaucoup d'espoir dans la prise en charge des SDF. Lors de sa mise en place, le travail du médecin se bornait à orienter souvent le patient aux confrères. Actuellement du fait d'un délai assez long

dans les conditions de prise en charge pour la CMU et AME (et avec aucune possibilité de rétroactivité), il faut arriver à jongler pour donner des soins à ces populations.

A cet effet nous avons parfois recours à la PASS (permanence d'accès aux services de soins). Cependant cette solution ne peut être proposée qu'aux personnes nécessitant des soins urgents et pouvant compromettre gravement leur santé. La PASS sert également d'interface entre les organismes sociaux et le patient ; cela afin d'obtenir rapidement une couverture sociale (lorsque cela est possible). Pour les pathologies courantes il faut utiliser le système D, et ne pas hésiter à emmener sa propre pharmacie (avec des médicaments récupérés à droite et à gauche). Conscients de ce problème les services sanitaires ont depuis la fin 2005 développé suivant un maillage national les lits halte soins santé (LHSS). Ces lits s'adressent aux personnes sans domicile fixe, sans distinction de pathologie, quelle que soit leur situation administrative, et dont l'état de santé nécessite une prise en charge sanitaire, et un accompagnement social. La durée prévisionnelle de ce séjour est de moins de deux mois (en accord avec un médecin responsable). En 2006, 100 nouveaux lits ont été créés ; le but étant d'en créer 200 supplémentaires chaque année durant 3 ans.

Au décours de nos consultations, 258 personnes ont bénéficié de la prescription de médicaments (soit 41%).

Il est important de bien mettre en exergue la complémentarité entre les différents acteurs impliqués dans ces associations (PASS, ANPAA et MAO), car même si leur mode, leurs horaires de travail sont différents, des discussions ont lieu pour pouvoir agir de manière synergique, et de ce fait essayer de répondre à certaines situations délicates. L'état bucco-dentaire des SDF est souvent dégradé. Le nombre de dents déclarées manquantes non remplacées des personnes en situation précaire passe de 1,8% chez les jeunes de moins de 25 ans, à 10% chez les plus de 50 ans⁽³⁸⁾. Cet élément est à mettre en parallèle avec les problèmes liés à une prise en charge très limitée des soins dentaires ; élément expliquant les problèmes liés à une non réponse aux attentes des SDF lors des consultations.

Conclusion

Notre étude a permis de mettre en évidence une répartition assez uniforme par rapport aux classes d'âges des SDF (sauf les moins de 20 ans qui représentent 6,5% des cas). Huit retraités de plus de 60 ans ont été pris en charge (soit 1,2%). Même si ce chiffre semble négligeable, il ne doit pas faire oublier que ces personnes ayant

³⁷ Noblet P. *Pourquoi les SDF restent dans la rue ?* Ed. De l'Aube 2010.

³⁸ Beynet A, Menahem G. « *Problèmes dentaires et précarité* ». Questions d'économie de la santé 2002 ; 48.

travaillé toute leur vie ne peuvent actuellement s'offrir un loyer décent. Il existe une grande mobilité de la population SDF (seuls 13 % sont originaires du département). Cette migration s'est accentuée par rapport à une étude similaire réalisée en 2003. Le codage CISP a permis de montrer la prépondérance des problèmes psychologiques (50 % des cas) ; lesquels sont souvent intriqués avec des problèmes somatiques. La politique de réinsertion des patients psychiatriques dans la Société génère souvent une désocialisation. Fréquemment se pose la difficulté pour ces populations de vivre dans un appartement. Ils ont besoin d'une aide autant morale que sociale, et ne peuvent rester sans un accompagnement quasi-permanent.

Le chômage qui est devenu le fléau de notre société actuelle touche de plein fouet les SDF (72,2 % n'ont pas de travail). De plus, souvent les entreprises « profitent » d'un contexte économique morose pour proposer des emplois précaires (seuls 2,2 % des SDF au travail ont un CDI). Une exclusion dans les soins de 111 personnes (soit 17,6 % des cas) a été mise en évidence. Dans ce groupe, 70 personnes présentaient des problèmes dentaires ; cela nous démontre une nouvelle fois que les conditions de prise en charge des soins dentaires reste très aléatoires,

et surtout sont considérés comme du luxe. C'est grâce à une collaboration étroite entre acteurs médico-sociaux comme la PASS, l'ANPAA, le MAO notamment, que le médecin généraliste doit se donner la possibilité de répondre de la façon la plus appropriée aux problèmes médicaux de ces patients.

L'émergence des formules d'accueils pour les SDF par l'intermédiaire de « passeurs » non professionnels permettrait d'instaurer un climat de confiance ; offrant de ce fait une possibilité d'inflexion sur les biographies individuelles dans le sens de moindre marginalisation des personnes⁽³⁹⁾. Cette idée mérite d'être discutée pour pouvoir modifier la morbi-mortalité de ces populations. Dans certains départements comme les Bouches du Rhône, la PASS travaille avec du personnel médical et paramédical, et les conditions de prise en charge médicale des SDF se sont considérablement améliorées de ce fait.

Pourquoi dans ces conditions ne pas assurer une uniformisation de ces systèmes ?

³⁹ Clément S, Mantovani J. *Les personnes SDF et la question de la santé*. In Ballet D. Les SDF visibles, proches, citoyens 2005 : 315-323.

Euthanasie, un débat ouvert, Respect et dignité !

Par Jean-Luc Gibelin

Jean-Luc Gibelin est responsable des questions de santé et de protection sociale au collège exécutif du Pcf.

Le Pcf est intéressé par cette problématique complexe parce qu'éminemment humaine et travaille ce sujet tant au niveau de la réflexion interne de la commission santé protection sociale que du travail des parlementaires. Nous sommes très attentifs à ce qui s'écrit et s'échange sur cette problématique. Il n'est pas possible de répondre simplement ou trop succinctement sur ce sujet.

C'est une affaire de conscience personnelle et sur cette question, plus que sur tout autre, des points de repères sont à identifier mais la question reste ouverte. La problématique doit chaque fois être étudiée au cas par cas. Sans doute est-il pertinent de la travailler du point de vue du patient, des patients. A ce titre, le sentiment de perdre sa dignité qui dépend de chaque individu est particulièrement important. Cela est directement en lien avec l'image renvoyée par le regard des autres, par la place dans la société, par la qualité perçue de l'accompagnement.

Le débat existe dans notre commission, il va se poursuivre ; il n'y a pas de réponse définitive ni de terme à ce débat, il est définitivement ouvert et équilibré.

Une tentative de synthèse des points de vue différents donne les éléments suivants :

La propension du gouvernement actuel à légiférer sur les questions touchant aux choix individuels de vie et à l'intime est suspecte pour nous ! D'autant que la dimension « moralisatrice » du pouvoir et le poids idéologique du « politiquement correct » sont particulièrement présents dans les actes gouvernementaux. La pertinence d'une nouvelle loi sur cette question est posée. L'arsenal juridique existant est-il totalement utilisé et n'est-il pas réellement suffisant ?

Autant est-il évident que la question se pose de permettre à la personne de choisir de mettre fin à ses jours dans la dignité, lorsqu'elle le désire, autant il est inadmissible de condamner pénalement une personne qui aurait assisté une personne dans cette décision pour abrégé ses souffrances, autant il ne paraît pas acceptable de dépénaliser globalement l'euthanasie. Ceci ouvrirait la porte à toutes les dérives eugénistes aux relents dramatiques.

Il y a besoin d'une réflexion autour des garanties à obtenir pour respecter les choix des individus et l'accompagnement des professionnels... sans aucune sanction.... Ce domaine est largement ouvert. Il touche aussi à la notion d'euthanasie réclamée, de suicide assisté. Les pratiques d'humanité existent dans de nombreux lieux de soins même si elles sont particulièrement « perso dépendante » ! Elles doivent être encouragées et renforcées.

Le pire serait de définir des critères «dits objectifs» à partir desquels l'euthanasie serait légale! Notamment puisque cela permettrait alors de « systématiser » l'euthanasie à ces types de populations. Ce serait la généralisation et la légalisation de pratiques comme celles qui considèrent qu'à partir d'un certain âge on ne va plus « investir » dans des soins coûteux (greffes,..).

Des arguments pour en rester à la situation législative et réglementaire actuelle se trouvent dans la conclusion du livre d'A. Kahn «L'ultime liberté», page 133. Il est un des défenseurs de la loi Léonetti.

«...l'actuelle législation française m'apparaît équilibrée et juste, de nature à permettre de faire face aux douleurs et détresses physiques et psychiques rebelles dans une grande variété de situation. Les textes pour y parvenir ne remettent pas en cause la dignité des personnes quel que soit leur état et n'établissent pas de nouvelles exceptions - après la guerre - à l'interdiction de donner la mort à autrui. Je m'en félicite. Il existe sans doute des circonstances particulières, exceptionnelles, poussant en conscience quelqu'un, médecin ou proche, à transgresser cette dernière règle. Il importe aussi d'instruire leurs cas avec humanité selon le principe d'une société sachant à la fois s'accorder sur des principes et pardonner qui en transgresse la lettre plus que l'esprit ».

A l'inverse, la perspective d'une nouvelle réglementation n'apparaît pas en opposition avec les soins palliatifs, sauf que les soins palliatifs n'ont pas les moyens humains et matériels de fonctionner et les places identifiées sont en nombre insuffisant et surtout pas valorisées à la hauteur des besoins. La question des unités de soins palliatifs est un début de réponse, mais elle n'est pas unique en soi !

Le groupe des sénateurs communistes, républicains, citoyen et du parti de gauche a déposé un projet de loi le 13 octobre 2010 sur « la liberté pour les personnes atteintes d'une maladie incurable de recourir à une euthanasie volontaire reste à conquérir ». Le préambule du projet de loi pose une définition de l'euthanasie volontaire, acte médical visant à accélérer la mort d'un malade qui en fait la demande dans le but d'abrégier ses souffrances. Il acte ensuite que la loi du 4 mars 2002 a marqué une première étape mais qu'elle ne règle pas toutes les situations. La « sédation terminale » ne paraît pas satisfaisante aux auteurs du projet de loi pour la demande légitime d'une fin de vie calme, rapide et digne. Les auteurs démontrent que dans les pays s'étant dotés d'une législation autorisant l'euthanasie volontaire, sa mise en œuvre a favorisé le développement des centres de soins palliatifs plutôt que de s'y opposer. Le préambule du projet de loi se termine avec la proposition à l'instar de ce qui existe en Belgique et aux Pays-Bas d'un droit à l'euthanasie volon-

taire. Le projet de loi laisse, bien sur, le volontariat ouvert pour le personnel médical et non médical d'apporter leur concours à la mise en œuvre d'une assistance médicalisée pour mourir.

Ce rapide éventail des positions actuelles montre l'ouverture et l'étendue de la problématique. Les raccourcis ne sont pas de mise en la matière. Au contraire, le débat doit être largement ouvert, les arguments doivent pouvoir s'échanger sur le fond.

Pour ma part, je suis pour un positionnement équilibré, laissant ouvertes les solutions et refusant les anathèmes qui ferment le débat. La dimension humaine est à privilégier en veillant aux conditions de sa mise en œuvre concrète. La dignité, des usagers comme des professionnels, est indispensable. Elle doit être reconquise et passe par une logique qui réponde aux besoins humains plutôt qu'à la logique financière.

Le dossier de la dépendance

Un irréprouvable besoin des autres

Par Paul Cesbron

Il n'est pas simplement admis que dépendance et autonomie soient intimement liées. Ni même que ces deux caractéristiques soient fondatrices de la vie sous toutes ses formes, des plus simples aux plus complexes et singulièrement de celles des humains.

Un irréprouvable besoin des autres

Pourtant nous savons depuis les travaux de Charles DARWIN et en particulier de son ouvrage : « *La descendance de l'homme* », (1871, *The Descent of Man*), combien les « *instincts sociaux* » obtenus par la sélection naturelle aboutissent paradoxalement à ce que cette loi, s'appliquant à elle-même, renverse sa propre logique d'élimination des plus faibles. En effet, l'importance vitale des liens sociaux nécessaires à la survie des espèces atteint chez les humains un degré d'attachement tel qu'il bénéficie à ceux qui ont le plus besoin des autres, c'est-à-dire les plus faibles. A commencer par le nouveau-né qui nous donne ce goût de l'altérité. Il ne peut se passer de nous. Nous ne pouvons nous passer de lui : il sauve le monde de la disparition, de la destruction, comme nous le dit Hannah ARRENDT (1958, *La condition de l'homme moderne*).

Cet enfant qui vient de naître ne peut vivre sans l'extrême attention de ses proches. Et sa vie aura les meilleures chances de réussite pour lui et pour les autres si elle a bénéficié de la plus grande estime, des meilleurs soins, de cette affection qui donne goût à l'échange, au don et contre-don, en un mot à la seule vie qui vaille pour tous les humains : celle qui transforme la vie.

S'il s'agit bien de le nourrir, de le vêtir, d'assurer tous ses besoins, tout cela n'est possible, ou plutôt bien accompli qu'en raison des liens réciproques, asymétriques certes, multiformes, mais indissolubles, qui nous attachent à lui. Au temps partagé, cette partie de vie donnée, se mêlent nos mimiques, nos caresses et surtout nos paroles et la mélodie de leur agencement inventée pour son bonheur ou plus simplement son apprentissage, la transmission de nos savoirs. Nous lui donnons parce qu'il nous offre sa présence, transformatrice de nous-mêmes et de notre monde. Nous dépendons de lui parce qu'il dépend de nous.

Cette dépendance qui nous libère

Et, « *miracle* » de cette interdépendance, elle permet, si l'attention et l'échange ont été « *suffisamment bons* »,

l'émergence de l'autonomie. Et cette émergence progressive de ce que l'on nomme habituellement « *liberté* » est également réciproque. Rendre possible l'émancipation c'est aussi assurer la sienne. S'y opposer, c'est réduire sa propre liberté.

Il n'est cependant pas rare que les contradictions sociales, exploitations, injustices, misères de toutes sortes, guerres..., malmènent la qualité de ces liens et rendent chaotiques et précaires la maturation de l'autonomie.

Curieusement, malgré cette expérience permanente de l'interdépendance et de l'autonomie, nous persistons à vouloir dissocier ces deux caractéristiques de nos vies. Ou plutôt nous cultivons l'illusion d'une autonomie totale, ce bien, supérieur à tous, identifié à la liberté et rejetons la dépendance du côté de la réduction de l'être, disons de la mise sous tutelle. Or au-delà de l'enfance, la vie des individus humains n'est possible que dans la poursuite de liens sociaux, constamment renouvelés, négociés, y compris imposés par les nécessités historiques, sociales, sanitaires ou affectives. D'ailleurs cet impératif est si prégnant que l'isolement absolu est mortel et qu'il nous est nécessaire de créer des liens appelés spirituels, de toutes sortes, nous permettant ou non d'y échapper. Chaque personne, si elle est bien « *individu* » unique, absolument singulier, ne l'est en définitif que dans son rapport à l'autre qui le révèle, que dans cette interdépendance qui le singularise.

Prodiges de l'altérité

Ainsi en est-il de ce que nous nommons le handicap. Étrange et significatif destin d'un mot (« *hand in cap* ») dont l'inversion du sens : le prix à payer d'une supériorité dans le but d'égaliser les participants à une épreuve, aboutit à désigner le « *manque* », le déficit neurosensoriel, moteur ou « *mental* », à une « *infériorité* ». Et cette apparente échelle de qualité est antagonique de ce que depuis le XVIII^{ème} siècle nous avons réussi à énoncer intelligiblement : l'absolue égalité en dignité et en droit de tous les humains, de chaque individu. Nous n'en sommes pas là, loin s'en faut. Mais il nous revient en raison même de notre dignité, « *de lutter sans repos* » pour y tendre. D'ailleurs, la vie de chacun de nous lui apprend qu'il est « *handicapé* », qu'il n'est en possession que de certaines qualités, pas de toutes, que ses « *supériorités* » se paient (handicap) d'un lot d'infériorités, que l'apparente supériorité attachée à la possession de biens, de savoir, de

force physique ou de dextérité reste précaire, aléatoire, et quoiqu'il en soit, liée à notre interdépendance.

Si nous dissimulons tous, tant bien que mal, de vrais handicaps qu'il nous paraît préférable de cacher, tant qu'il est possible, et faisons état avec satisfaction de nos aptitudes, nous n'en découvrons pas moins chaque jour que le « handicap » de l'autre génère des qualités masquées jusqu'alors par « l'inquiétante étrangeté » du « manque » ou de la différence. Cette perception réductrice et malveillante de l'autre, n'est d'ailleurs pas seulement consécutive à l'oppressante tendance sociale à la normativité (l'ordre, l'hygiénisme, la classification hiérarchique), mais plus profondément aux mouvements identifiants et contradictoires, qui nous rapprochent de l'autre.

Malvoyants, malentendants, paraplégiques, malades de toutes sortes que nous sommes ou que nous avons été, vieillards « dépendants » que nous sommes ou que nous serons, apprennent aux « bienvoyants » l'attention, l'écoute, aux « entendants », la saveur communicative et jubilatoire des mimiques et des gestes, aux « bienmarchants », « continents », « jeunes », « intelligents », l'infinie richesse de la parole, des caresses, de l'entraide, en un mot de l'interdépendance qui nous fait personne humaine, libre dans la fécondité même de celle-ci.

De la dignité de la personne

Et c'est ce rapport à l'autre qui nous permet de quitter la vie, « de vieillir et mourir dans la dignité ». Sans ce lien qui donne sens à chaque instant de la vie, cette dernière

étape nous plongerait dans l'absurde, l'insupportable, la destruction. Cette vivante, permanente, salutaire interdépendance est le plus précieux de nos biens, le plus libérateur, jusqu'à nous libérer d'une vie devenue trop pesante. Et cette chaîne sans fin des humains dépasse et poursuit l'existence de chaque individu en l'inscrivant dans l'histoire humaine. Ce n'est plus Sisyphe dans sa tragique solitude. Il ne s'agit pas de gravir sans fin un sommet inatteignable par le poids surhumain d'un fardeau « terrestre » nous rabaissant sans cesse, c'est l'histoire sans fin de la découverte de l'autre et du nécessaire plaisir, appelé bonheur, de s'unir, soutenir, écouter, partager pour mieux vivre.

Ainsi le débat sur la dépendance, qui traverse nos vieilles sociétés toujours profondément marquées par mille formes d'oppression, ne peut échapper à la critique justement portée à l'encontre d'une organisation sociale fondée sur l'exploitation de la production des richesses.

De telles fondations dévoient toute forme de lien, isolent l'individu et recréent, contre ses objectifs émancipateurs premiers, les conditions premières de la sélection naturelle abusivement désignée par les initiateurs de ce courant de pensée désastreux : darwinisme social.

Il nous faut donc lutter pour redonner leurs sens aux mots et rehausser au niveau de la dignité humaine ce couple fondateur qui lie indissolublement dépendance et autonomie.

Dépendance ? Autonomie !

Par Michel Limousin, & Jean Luc Gibelin

Oui, la question de la « dépendance » mérite d'être posée. C'est un vrai choix de civilisation qui se pose à nous et la prudence demande qu'on anticipe la poussée démographique. Mais c'est un fait : le Président Sarkozy a ouvert le débat sur le financement de la dépendance dans un cadre assurantiel. C'est un choix dangereux qui ne répondra pas aux besoins de la population en difficulté.

Deux poids, deux mesures :

Redonnons quelques chiffres pour mettre en balance les données. Selon les statistiques de la Commission européenne, « *le volume des aides publiques en faveur du secteur financier, autorisées par la Commission européenne entre octobre 2008 et octobre 2010, s'est élevé à environ 4.589 milliards euros* ». En 2009, les Etats ont dépensé 132 milliards d'euros pour recapitaliser les établissements bancaires et une centaine de milliards pour financer des structures ad hoc héritant d'actifs toxiques des banques. Rien d'insupportable à écouter la Commission européenne. Au total, le sauvetage du système financier français en crise, s'est élevé à 128 milliards d'euros, mis à la charge des finances publiques.

Et le déficit de la Sécurité sociale ? 23 milliards en 2010 toutes branches confondues. Pour ce qui est de la dépendance, le besoin nouveau s'élève à 1,5 milliard par an selon les chiffres officiels. Mais pour ce déficit-là, pas de pitié. Il n'y aurait pas d'argent. Chacun doit rester seul avec son assureur.

Le sens des mots, le sens de la dignité :

Nous considérons qu'il s'agit d'une question à prendre de manière dynamique, les besoins ne se limitant pas à une simple projection de la situation actuelle qui est gravement insatisfaisante. Nous faisons le choix de prendre le concept de perte d'autonomie en lieu et place de la dépendance utilisée de manière réductrice.

La question de la perte d'autonomie exige une définition claire. C'est la résultante multifactorielle de situations qui jalonnent la vie de tout individu. Elles sont parfois prévisibles, parfois non, physiques, psychologiques, cognitives mais aussi matérielles, sociales et familiales ; elles menacent au maximum la poursuite de l'existence d'une personne et au minimum la dignité de celle-ci. Elles rendent un individu au cours de sa vie dépendant d'autres individus, qui peuvent être les aidants naturels mais qui sont de plus en plus des professionnels. La perte

d'autonomie n'est en rien un risque en soi, mais un état qui justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises divers pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité, à partir d'un développement des solidarités ainsi que les financements et les accompagnements nécessaires. Le risque s'assure, les états normaux de la vie se traitent par la dignité et la solidarité.

Quel est l'état des lieux actuel ?

Le point sur le financement : 22 milliards en 2010 seront consacrés à la dépendance, soit 1,1 % du PIB qui se répartit :

- Pour la Sécurité Sociale : 13,45 milliards dont 11 pour l'Assurance Maladie,
- Pour les départements qui financent l'APA et certaines aides à domicile : 6,1 milliards d'euros,
- Les financements gérés par le CNSA : 3 milliards, issus de la Contribution Sociale Autonomie et la CSG.

Un magot pour les assurances

En 2008, la Fédération française des sociétés d'assurance comptait 2 007 600 assurés versant 387,6 millions d'euros de cotisations (au titre d'un contrat pour lequel la dépendance est la garantie principale) et versait 112,4 millions d'euros de rente. En 2009, 2 024 200 assurés versaient 403,1 millions d'euros de cotisations pour 127,7 millions d'euros de rente versée. La mise en place d'une cotisation obligatoire permettra aux assurances de stocker pendant 20 ans des capitaux considérables et entraînera *in fine* une inégalité de prestations en rapport avec les capacités contributives des assurés. De plus les sommes qui seront alors disponibles ne couvriront pas les besoins réels. Au total cette option aggravera le processus de financiarisation stérile de l'économie, le capital sera joué en bourse et en spéculation comme nous l'a montré la crise financière de 2007. Inégalités, sélections des assurés, risques financiers, incapacité de répondre aux besoins réels, recherche de profits pour les seuls actionnaires, gestion opaque, décidément ce n'est pas le bon choix. Par sa pratique de redistribution immédiate, transparente et solidaire, la Sécurité Sociale fera mieux.

Le rejet du « 5^{ème} risque » proposé par le pouvoir

Surfant sur les attentes des associations appelant à une meilleure prise en charge des personnes en perte d'autonomie, la droite avance le concept de 5^{ème} risque : « le risque dépendance ». Cette fausse bonne idée ne cor-

respond pourtant en rien à l'architecture actuelle de la Sécurité Sociale, qui couvre déjà : maladie, maternité, accident du travail, maladie professionnelle, vieillesse, invalidité, famille et précarité, répartis dans les 4 branches de la Sécurité Sociale. Ce concept de « 5^{ème} risque » organise une confusion sémantique travaillée par la droite, ses parlementaires, et le patronat, qui voudraient laisser croire que la perte d'autonomie est assurable globalement au même titre que n'importe quel risque classique par les assurances privées. Ce n'est pas le cas aujourd'hui puisque les financements et prestations de la dépendance liées à l'âge viennent essentiellement de la sécurité sociale et des départements.

Nous refusons un nouveau découpage de la sécurité sociale qui conduirait à une rupture supplémentaire de l'unité de celle-ci. Ce serait son éclatement. Au contraire, nous affirmons l'universalité de l'assurance maladie, nous voulons la renforcer et y intégrer la réponse aux besoins de la perte d'autonomie.

Plusieurs pistes de propositions

Une vraie politique publique de la prise en charge de la perte d'autonomie doit articuler prévention, dépistage et prise en charge solidaire. Cela passe par un développement important des services publics nationaux et leur coordination. Nous proposons au niveau départemental un pôle public de « l'autonomie », s'appuyant sur le développement des services publics existants. Il s'agit non pas seulement d'indemniser les personnes ou d'accompagner leur trajectoire de vie, mais aussi de créer les conditions économiques et sociales de l'autonomisation des personnes tout au long de leur vie et de la solidarisation de tous les âges et cycles de vie. Au-delà, la création d'une véritable coordination des politiques publiques de l'autonomisation des personnes devra être mise en place avec un contrôle démocratique : Etat, collectivités territoriales, organisations syndicales, associations des usagers. L'enjeu de cette coordination démocratique consistera à travailler à l'amélioration du niveau de la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Nous proposons une structuration nationale des pôles publics départementaux afin de garantir une maîtrise et une cohérence nationales et une égalité sur le territoire national. Cela permettra d'assurer à l'échelle nationale, une indépendance totale et des critères indiscutables aux procédures de détermination du niveau de perte d'autonomie et d'engager une vaste politique de formation, de professionnalisation et de création d'emplois qualifiés des services d'aide à la personne, en partenariat avec le monde associatif ; ces associations doivent bénéficier d'un cadre juridique nouveau sans exonérer l'Etat de ses

responsabilités financières et de maintien d'une solidarité interdépartementale.

Notre volonté de privilégier le maintien à domicile accompagné et assisté, comme alternative volontaire, est complémentaire de la nécessité d'assurer une bonne couverture territoriale passant par un développement d'établissements publics. Il s'agit de développer considérablement les équipements, les EHPAD notamment, l'éventail des formules d'accueil, de veiller à l'accès aux services spécialisés médicaux et surtout de mettre en œuvre un plan de formation ambitieux des personnels. Le maillage du territoire par le service public hospitalier est aussi un gage d'égalité pour les personnes en perte d'autonomie.

Le point central du financement :

1) Ces choix de qualité induisent de poser la question du financement de cette politique de l'autonomisation à partir d'un prélèvement sur les richesses créées par le pays. Ce financement n'a de sens que s'il est réellement financé de manière pérenne et non tributaire des ressources de l'Etat ou des familles. Nous posons le principe d'un financement solidaire dans la sécurité sociale et d'un financement public. Pour le financement de la sécurité sociale, nos propositions partent tout d'abord du développement de l'emploi, de l'augmentation des salaires et d'une nouvelle politique économique et industrielle. Pour le financement public pérenne de la perte d'autonomie, une véritable réforme de la fiscalité est nécessaire.

2) Concernant les personnes en situation de handicap, nous proposons une taxe sociale prélevée à la source pour les employeurs qui ne respectent pas la loi.

3) Il faut aussi affecter à la perte d'autonomie une partie de la contribution supplémentaire que nous voulons créer sur les revenus financiers des entreprises, des banques et assurances ainsi que sur les ménages les plus riches. Rappelons que cette contribution permettrait de dégager sur les profits 2009, 39,9 milliards pour l'assurance maladie, 25,3 pour la retraite et 16,4 pour la famille. Ceci permettrait de compenser dans l'immédiat les besoins nouveaux et contribuerait à réorienter l'activité économique vers la production de richesses réelles non spéculatives.

4) Nous proposons, par ailleurs, d'assurer un financement public de la prise en charge de la perte d'autonomie pour l'handicap et le grand âge par l'Etat, au moyen d'une dotation de compensation pour les départements indexée sur leur dépense annuelle.

Perte d'autonomie, un choix de société

Par Claude Chavrot

Ce dossier est présenté par le gouvernement comme étant l'une des dernières réformes du quinquennat de Nicolas Sarkozy, essentiellement sous des aspects financiers. En fait, c'est la question de la place de nos anciens dans notre société et la considération qui leur est faite qui est posée: une charge supplémentaire, éventuellement des sources de profits, ou bien des citoyens à qui on apporte l'aide nécessaire pour poursuivre une vie sociale avec dignité, dans le cadre d'une société solidaire.

Un enjeu sociétal appelant à une sécurisation du parcours de vie, de la naissance à la mort

Dans le prolongement du dossier sur les retraites, celui de la perte d'autonomie vise, pour le pouvoir, à poursuivre l'empreinte néolibérale tant sur l'aspect civilisation que celui de la métamorphose du financement de la protection sociale, avec un recul de la solidarité intergénérationnelle mais aussi une diminution du financement public pour laisser une plus grande place au secteur financier et à la privatisation. La situation actuelle se caractérise par l'insuffisance des moyens collectifs mobilisés mais aussi des principes avancés dans les projets gouvernementaux. Aujourd'hui, la prise en charge n'est pas acceptable. La réforme proposée va aggraver les injustices et creuser les insuffisances graves, en développant la privatisation contre la sécurité sociale et le secteur public. A l'inverse, il faut défendre notre protection sociale solidaire avec une sécurité sociale renforcée et élargie dans ses prérogatives, fidèle en cela aux concepts qui l'ont mis en place et qui restent des idées neuves.

Il faut rappeler que l'autonomisation de la personne humaine devrait être un objectif social central de nos sociétés développées, qui s'inscrit pour nous, dans le cadre de la solidarité. Il renvoie aux principes républicains fondateurs de la société française et aux grands idéaux des Lumières, en ce sens qu'il reformule les valeurs de liberté, d'égalité et de fraternité. Il vise l'objectif d'Hommes libres et égaux en société quelle que soit leur nature, capables de se choisir individuellement et collectivement un avenir respectueux de la dignité de chacun. Il s'inscrit dans le développement des principes de la Sécurité sociale de 1945 tout en les renouvelant et les réformant en profondeur avec notamment la prise en charge de ce nouveau besoin qu'est la perte d'autonomie ainsi que ceux entraînés par la perte d'autonomie.

La question essentielle est aussi de rester en bonne santé le plus longtemps possible. En cela, une prévention et un accès aux soins de qualité sont primordiaux. A cela viennent s'ajouter de bonnes conditions de travail et de vie. La proposition d'un parcours de vie sécurisé, bannissant la précarité sous toutes ses formes, de la vie à la mort est de nature à favoriser ce maintien en bonne santé.

Perte d'autonomie plutôt que dépendance : de quoi parle-t-on ?

Nous faisons le choix de prendre le concept de perte d'autonomie en lieu et place de la dépendance utilisée de manière idéologique par le pouvoir. Nous dénonçons cette perversion du terme dépendance et nous préférons celui de perte d'autonomie qui, au contraire, est fondamentalement porteur de solidarité à l'opposé de l'individualisme. Le traitement de la question de la perte d'autonomie exige une définition claire et préalable.

C'est la résultante multifactorielle de situations qui jalonent la vie de tout individu. Elles sont parfois prévisibles, parfois non, physiques, psychologiques, cognitives mais aussi matérielles, sociales et familiales qui menacent au maximum la poursuite de l'existence d'une personne et au minimum la dignité de celle-ci. Elle rend un individu au cours de sa vie dépendant d'autres individus, qui peuvent être membres de la famille, des amis ou des voisins (les aidants naturels) mais qui sont de plus en plus des professionnels missionnés pour assurer leur bien être dans toutes ses dimensions.

Elle n'est en rien un risque en soi, ce qui explique notre rejet de l'assurantiel, mais un état qui justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises divers pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité, à partir d'un développement des solidarités ainsi que des financements et des accompagnements collectifs nécessaires.

Le processus d'autonomisation vise à se libérer d'un état de sujétion, à acquérir la capacité d'user de la plénitude de ses droits, de s'affranchir d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel. Il s'agit non pas seulement d'indemniser les personnes ou d'accompagner leur trajectoire de vie, mais aussi et surtout de créer les conditions économiques et sociales de l'autonomisation des personnes tout au long de leur vie et de la solidarisation de tous les âges et cycles de vie ainsi que de tous les acteurs humains. Cela implique de se donner les moyens d'intervenir sur les conditions d'emploi et de travail, sur les conditions de la recherche médicale et de la prise en charge médicale et médico-sociale, de la recherche en général, sur les politiques nationales et locales d'urbanisme et de transport, etc. ...

La perte d'autonomie totale ou partielle renvoie à 3 situations distinctes : grand âge (1,3 millions), handicap (700 000) et invalidité (600 000), donc 3 populations distinctes et 3 origines distinctes, même si une personne peut passer d'une situation à une autre. Elle est traitée principalement de 3 manières : prise en charge médicale et médico-sociale, prestation/indemnisation de compensation (entre autres : APA, PCH et rente ou capital) et politique d'ordre «sociétal» (accessibilités, conditions d'emploi et de travail, ...).

Il y a 3 acteurs principaux : les organismes sociaux, les collectivités locales et leurs services publics, et les acteurs privés (assurantiels et médico-sociaux).

Et pour financer tout cela, il y a 2 modalités de financement :

- le financement socialisé qui recouvre sécurité sociale, fiscalités (nationale et locale), travail gratuit, le « reste à charge » c'est-à-dire le financement direct par les familles
- le financement dit contractualisé : mutuelles ou assurances privées individuelles ou collectives.

L'évolution prévisible, pour le grand âge, donne une augmentation du nombre de personnes concernées est prévue de 1 à 1,5 % par an d'ici 2040. La durée moyenne de perte d'autonomie est de 3,7 ans pour les hommes, un an de plus pour les femmes. La moitié des personnes atteignant 65 ans connaîtra une année de perte d'autonomie. A noter que le nombre des personnes de plus de 75 ans va doubler au cours des prochaines décennies.

Un pôle public de l'autonomie

Une vraie politique publique de prise en charge de la perte d'autonomie doit articuler prévention, dépistage et prise en charge solidaire. Cela passe par un développement important des services publics nationaux et leur coordination. Un pôle public doit ainsi permettre une synergie entre les services publics développés et créés, les coordonnant avec les nouveaux services publics du handicap et celui des personnes âgées, regroupant les services publics à créer pour favoriser la promotion des activités sociales des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Nous proposons la création, au niveau départemental, d'un pôle public de «l'autonomie», s'appuyant sur le développement des services publics existants. Cette coordination départementale doit permettre une simplification des démarches pour les personnes et les aidants et une meilleure efficacité du service rendu.

Une structuration nationale des pôles publics départementaux permettrait de garantir maîtrise, cohérence et égalité sur le territoire national. Cela garantirait à l'échelle du pays une indépendance totale et des critères indiscutables aux procédures de détermination du

niveau de perte d'autonomie, et l'engagement d'une vaste politique de formation, de professionnalisation et de création d'emplois qualifiés des services d'aide à la personne, en partenariat avec le monde associatif, dans un cadre juridique nouveau et sans exonérer l'Etat de ses responsabilités financières et de maintien d'une solidarité interdépartementale.

Il faut privilégier le maintien à domicile, accompagné et assisté, comme alternative volontaire, complémentaire de la nécessité d'assurer une bonne couverture territoriale passant par un développement d'établissements publics. Il s'agit de développer les équipements, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) notamment d'élargir l'éventail des formules d'accueil, de veiller à l'accès aux services spécialisés médicaux et surtout de mettre en œuvre un plan de formation ambitieux des personnels.

Le maillage du territoire par le service public hospitalier est aussi un gage d'égalité pour les personnes en perte d'autonomie. Il doit permettre à tous, y compris les personnes âgées en perte d'autonomie à toutes les spécialités médicales.

En conclusion

La question de la perte d'autonomie, exige d'être soigneusement examinée. C'est d'un vrai choix de civilisation dont il est question, et la prudence commande qu'on anticipe la poussée démographique. Mais, c'est un fait, le président Sarkozy a ouvert le débat sur son financement dans un cadre assurantiel et c'est un choix dangereux, qui ne permettra pas de répondre aux besoins de la population en difficulté.

Une autre politique de progrès social et solidaire est indispensable. Elle seule permettra de répondre aux besoins de la population pour un processus de sortie de crise. Elle seule permettra l'amorce d'une autre logique de développement à partir des propositions portées dans les luttes et les mobilisations.

Il est urgent de s'attaquer tous ensemble au besoin de construction d'alternatives véritables, comme la marche vers un nouveau projet de société, une autre civilisation.

Débattre de réelles réponses solidaires pour les personnes en situation de perte d'autonomie relève bien d'une démarche anti libérale. C'est aussi s'opposer à une étape supplémentaire du démantèlement de la sécurité sociale en ouvrant aux assureurs privés le gigantesque marché de la protection sociale.

Enfin, la qualité de la prise en charge de ses anciens par une société permet de mesurer son degré d'évolution et sa volonté ou non de placer l'être humain au centre de son action.

Le rapport Rosso-Debord : Une nouvelle étape du démantèlement de la sécurité sociale solidaire

Par le D^r Eric May

Le D^r May est Médecin Directeur du centre de santé de Malakoff, Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé et Vice Président de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé.

1. Préambule

En 2007, le candidat Nicolas Sarkozy a inscrit dans son projet sa volonté de « créer, dans notre organisation administrative et sociale, un organisme dont le but sera de préparer notre pays au défi de la dépendance, et de veiller à ce que, sur tout le territoire, de manière égale, il existe les structures suffisantes pour prendre en charge les personnes en perte d'autonomie ». La création d'un « cinquième risque » a été constamment réaffirmée par le Président de la République comme un axe fort de sa politique, et devrait faire l'objet d'un projet de loi dont la discussion est reportée après la résolution plus que prioritaire du problème des retraites.

Rendons gré à M^{me} Rosso pour sa franchise. Son introduction lève sans fausse pudeur le voile sur l'objet de sa mission: justifier les choix du président en matière de politique sociale. La dépendance est un volet de la réforme menée contre la protection sociale française héritée du CNR, en lien avec la réforme des retraites à qui il succède et avant celui annoncé après 2012, de l'Assurance Maladie. Nous sommes confrontés à une nouvelle étape du démantèlement de la sécurité sociale, attendu et déjà anticipé par les acteurs du marché assurantiel. L'arme fatale, théologique, de ceux qui la démontent est la notion totalement artificielle créée de toutes pièces nommée 5^{ème} risque. Ce risque nouveau nous menace tous, et la société ne peut y faire face en l'état, ayant déjà du renoncer à la garantie de soins de qualité pour tous et à une retraite digne pour tous...

Mais qu'est ce donc que la dépendance ?

M^{me} Rosso limite sa définition à celle que la loi a faite : *la dépendance est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière.*

Bernard ENNUYER, sociologue et responsable de services de soins à domicile, écrivait en 2003, contribution reprise en 2004 à un colloque consacré à la dépendance :

« Comme le disait le sociologue Emile DURKHEIM (1895), la dépendance est un de ces mots « qu'on emploie couramment et avec assurance, comme s'ils correspondaient

à des choses bien connues et définies, alors qu'ils ne réveillent en nous que des notions confuses, mélanges indistincts d'impressions vagues, de préjugés et de passions ».

Ainsi, dans le champ de la vieillesse, le mot dépendance ne fait pas aujourd'hui l'objet d'un consensus, ni sur sa définition, ni sur ce qu'il est censé représenter. Et pourtant, depuis une dizaine d'années, ce mot de dépendance est utilisé systématiquement et sans nuance, pour stigmatiser ce qui serait, pour certains experts, le défi du 21^{ème} siècle, l'accroissement numérique du groupe des « personnes âgées dépendantes ».

Quelles sont donc les différentes significations de ce mot « dépendance » ?

La définition de la dépendance, donnée par le dictionnaire de la langue française, est « situation d'une personne qui dépend d'autrui ». Mais le verbe « dépendre », c'est-à-dire « pendre de, se rattacher à » a, lui-même, plusieurs sens :

- le premier, « ne pouvoir se réaliser sans l'action ou l'intervention d'une personne ou d'une chose », exprime l'idée d'une solidarité de faits, d'une relation entre choses qui les rend nécessaires les unes aux autres.
- le deuxième, c'est « faire partie de quelque chose, appartenir à »
- le troisième, le plus récent historiquement, c'est « être sous l'autorité, la domination, l'emprise », et il est connoté comme assujettissement, servitude, subordination.

Dans le champ de la vieillesse, jusqu'à la fin des années soixante, on parlait de personnes âgées semi-valides, invalides, handicapées, grabataires, voire séniles.

La première apparition, en France, du mot « dépendance » pour qualifier les personnes âgées date de 1973, et la définition en est donnée par un médecin hospitalier, travaillant en hébergement de personnes âgées, le docteur DELOMIER (1973) : « le vieillard dépendant a donc besoin de quelqu'un pour survivre, car il ne peut, du fait de l'altération des fonctions vitales, accomplir de façon définitive ou prolongée, les gestes nécessaires à la vie ».

Dans le champ de la vieillesse, dès les années 1975, la définition médicale de la dépendance a donc connoté cette dernière négativement, comme incapacité à vivre seul et comme asservissement, au détriment de la connotation positive de solidarité et de relation nécessaire aux autres. Cette vision négative de la dépendance sera confortée par la définition de la dépendance, dans le domaine de la vie sociale, adoptée par le dictionnaire des personnes âgées, de la

retraite et du vieillissement (1984) : « la dépendance est la subordination d'une personne à une autre personne, ou à un groupe, famille ou collectivité ».

La récente loi (24 janvier 1997) adoptée sur la prestation spécifique dépendance, officialise cette vision « incapacitaire » de la dépendance : « la dépendance mentionnée au premier alinéa est définie comme l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie, ou requiert une surveillance régulière. » (art. 2).

La nouvelle loi (20 juillet 2001) relative à l'allocation personnalisée d'autonomie n'a pas changé cette définition. Elle a simplement rajouté de la confusion entre dépendance et perte d'autonomie comme on le verra plus loin.

On peut opposer à cette vision médicale « incapacitaire » de la dépendance, une autre vision plus relationnelle, proposée à peu près à la même époque par le sociologue Albert MEMMI (1979) : « la dépendance est une relation contraignante plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin ».

Albert MEMMI ne travaillait pas sur une définition spécifique au champ de la vieillesse. La dépendance, disait-il, est le fait et la vérité de la condition humaine « l'on ne peut pas ne pas être dépendant ».

De plus, la dépendance, ajoutait-il, est réciproque, elle est même une relation trinitaire entre le dépendant, le pourvoyeur, et l'objet de pourvoyance.

En opposition à la dépendance « incapacitaire », tel que définie plus haut, j'ai baptisé la dépendance définie par Albert MEMMI « la dépendance-lien social ».

Depuis une dizaine d'années, c'est la définition médicale de la dépendance qui s'est imposée dans le champ de la vieillesse.

Mais au-delà d'une querelle de mots, ne peut-on lire dans ce manque de consensus autour d'une définition, le reflet d'un affrontement entre deux visions globales de la vieillesse fort différentes.

La dépendance « incapacitaire » renvoie à un état de vieillesse, essentiellement individuel et biologique.

La « dépendance-lien social » renvoie à une vieillesse qui est le résultat d'un parcours social et biologique, dans une forme d'organisation sociale déterminée. Suivant la vision que la société a de la vieillesse, les réponses apportées par les politiques sociales vont être totalement différentes. Réponse plus curative, plus médicale, plus individuelle dans le premier cas, réponse plus préventive, plus collective, plus corrective des inégalités dues aux parcours sociaux, dans le second cas.

Une autre conséquence de la prééminence de la définition incapacitaire de la dépendance, est que cette dernière est souvent confondue avec la perte d'autonomie.

On confond ainsi deux registres différents :

- le premier, pratique et fonctionnel : la personne ne fait pas seule les principaux actes de la vie quotidienne.

- le deuxième éthique et philosophique : la personne n'a plus la capacité ou le droit de se fixer à elle-même ses propres lois (autonomie = la loi qu'on se donne à soi-même).

La confusion entretenue en permanence entre dépendance et perte d'autonomie, signifierait-elle que les gens qui ne peuvent plus faire seuls les principaux actes de la vie quotidienne n'ont plus le droit de décider de leur façon de vivre ?

Dernière conséquence de ce manque de consensus sur la définition de la dépendance : les querelles sans fin des experts à propos des outils de mesure de la dépendance, et de l'évaluation du nombre de personnes dites « dépendantes ». Ne parvenant pas à définir la dépendance, les experts ont baptisé dépendance ce qu'ils pouvaient ou savaient mesurer...

C'est ainsi que la dépendance s'est trouvée, la plupart du temps, réduite à n'être qu'un état d'incapacité, et non pas une dynamique d'interaction, par le seul fait que la mesure d'un état est beaucoup plus facile que l'évaluation d'une interaction, surtout quand il s'agit de prendre en compte les dimensions multiples de l'environnement d'une personne. C'est tout à fait ce qui s'est passé avec l'outil AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Ressources). Cet outil qui ne mesure en fait que la dimension incapacité ne peut à lui tout seul définir le montant de l'aide accordée, c'est pourtant le principe de l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Il faut admettre aujourd'hui qu'on ne disposera jamais d'un instrument de mesure capable de déterminer un niveau de dépendance objectif, à partir duquel on pourrait, toujours objectivement, déterminer précisément un niveau d'aide nécessaire, ou de prestation à attribuer.

Il découle de cette imprécision de la notion de dépendance, des chiffres du nombre de « personnes âgées dépendantes » qui varient de 300 000 personnes à 1 500 000, suivant la cause que l'on veut servir, ces évaluations étant relatives à qui évalue, avec quel instrument, et pour quoi en faire. En conclusion, dès qu'il est question de dépendance, soyons d'une rigueur et d'une vigilance extrêmes... De quoi parlons-nous ?

Comment définissons-nous cette dépendance, qui est dépendant, comment est-il dépendant, de qui, et de quoi ? »
Paris, le 12/11/2003*

Pour un médecin généraliste qui y est confronté au quotidien, la dépendance n'est pas un risque au sens assurantiel : c'est une menace à ce qui caractérise la condition humaine, la dignité, et pour laquelle le progrès médical et social, s'il est partagé et solidaire, doit permettre à tous de faire face et idéalement de s'en affranchir.

La dépendance est la résultante multifactorielle de situations qui jalonnent la vie de tout individu, parfois prévisibles, parfois non : physiques, psychologiques, cognitives mais aussi matérielles, sociales et familiales... Elle

rend un individu au cours de sa vie dépendant d'autres individus, qui peuvent être membres de la famille, des amis ou des voisins (les aidants naturels) mais qui sont de plus en plus des professionnels missionnés pour assurer leur bien être dans toutes ses dimensions. Elle justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises diverses pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité.

2. Un rapport démonstratif et doctrinaire

A. L'état des lieux

Le rapport trace un panorama de la dépendance tronqué et partial au travers du seul prisme d'éléments économiques, analysés de façon idéologique et partisane : la responsabilité du déficit des finances publiques dans la crise économique et sociétale française justifie la nécessité « inévitable », rappelée à plusieurs reprises dans le rapport, de rompre avec le modèle de protection sociale solidaire.

Par contre, si les données démographiques rapportées sont synthétiques et intéressantes, aucune analyse n'est faite, en termes de besoins et de financement, des perspectives que les projections démographiques annoncent :

- Un habitant sur trois en France aura plus de 60 ans en 2050 (contre 1/5 aujourd'hui), soit une augmentation de plus de 50 % pour une population de 70 millions d'habitants.
- En 2010, 1,1 millions de personnes sont bénéficiaires de l'APA :
 - la DRESS a annoncé en 2006 une augmentation de 1% par an des bénéficiaires de l'Allocation pour Personnes Agées jusqu'en 2040
 - La maladie d'Alzheimer touchait en 2004 un peu plus 856000 personnes en France mais seule la moitié était diagnostiquée ! En 2040, Il est attendu 2 156 618 malades soit une progression de 150 % !

Ces données ne sont pas sans conséquences sur la réflexion qui doit déterminer la nature et l'ampleur des moyens qui seront nécessaires aux personnes en situation de dépendance dans les 30 prochaines années. Surtout quand le rapport fait 2 constats :

- Depuis la mise en œuvre du dispositif APA créée par la loi du 20/07/2001, le nombre de bénéficiaires est passé de 605000 à 1128000 entre 2002 et 2009, soit un doublement quand les dépenses grimpaient plus vite, de 1 855 milliards d'euros à 5 116 milliards dans le même temps (x 2,75) !
- Les moyens alloués à la dépendance sont aujourd'hui insuffisants : de nombreuses personnes restent en dehors des dispositifs d'aide et il existe une sous-déclaration des personnes dépendantes à l'exemple des malades atteints de maladies neuro-dégénératives !

Alors quels sont les besoins aujourd'hui ? Demain ? Et comment en assurer le financement de façon pérenne et suffisante ? Aucun élément dans ce rapport qui éclairerait les citoyens et leurs représentants à l'heure des choix. Aucun chiffrage, même simple (22 milliards en 2010, 33 milliards en 2040 ?) n'est proposé qui donne une idée précise du niveau de financement que le système choisi (public et solidaire, ou privé) devra abonder. Pourtant, certaines hypothèses annoncent entre 2000 et 2050 une croissance de 40 % des seules dépenses de santé liées au vieillissement et le budget de la santé finirait par représenter le tiers du PIB...

Les auteurs n'offrent qu'une analyse du financement de la dépendance pour 2010 :

22 milliards lui seront consacrés en 2010, soit 1,1% du PIB qui se répartit :

- **Pour la Sécurité Sociale, 13,45 milliards dont 11 pour l'Assurance Maladie** (4,7 pour l'hôpital et la médecine de ville, 6,3 pour les établissements type EPAHD).
- **Pour les départements**, qui financent l'APA, l'ASH et certaines aides à **domicile 6,1 milliards d'euros** (7,2 bruts) en 2008
- Les financements gérés par le CNSA, 3 milliards, issus de la Contribution Sociale Autonomie et la CSG (0,1%).

Deux observations :

- Une part du financement de la dépendance (50%!) est assurée par l'Assurance Maladie selon les auteurs. Mais pourquoi l'isoler de la Sécurité Sociale ? Sinon pour laisser penser que celle-ci est désormais divisible en parts redistribuables aux mieux offrants (assurances, mutuelles...)
- La baisse de la contribution de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie au financement de l'APA, passée de 43 % en 2002 à 28,5 % en 2010. En valeur absolue, elle n'a fait que doubler passant de 798 millions d'euros à 1 538 en 2010 quand la part des départements était multipliée par 3,5 passant de 1057 en 2002 à 3 858 millions d'euros en 2010. Mais entre des départements étranglés par les transferts de charge de l'Etat et la diminution de leurs recettes, et la CNSA qui s'appuie sur des ressources limitées et socialement injustes, CSG et contribution solidarité autonomie, c'est la pérennité du dispositif qui est menacé. Loin d'examiner les responsabilités des politiques gouvernementales depuis 2002 dans la gestion globale du dispositif existant, et leur absence (apparente) d'anticipation, le rapport fait de façon doctrinaire des difficultés des finances publiques et de la protection sociale la meilleure preuve du caractère moribond d'un système public et solidaire qui ne répondrait plus aux enjeux.

Au total, déficit des finances publiques décrites comme « exsangues » (sic), qui menacent la vitalité économique de la France, déficit de la sécurité sociale, et poids du vieillissement de la population, c'est un tableau apocalyptique qui est décrit à tous les lecteurs du rapport.

Extraits du rapport Rosso Debord :

« Rappelant que pour résorber les milliards de la dette cumulée (de la sécurité sociale NDLR) et répondre à une explosion de dépenses générée par le vieillissement de la population, le progrès médical, et l'attention accrue de chacun portée à la santé, le Premier président (P Seguin) appelait de ses vœux l'adoption de mesures de fond « douloureuses pour beaucoup et (...) à n'en pas douter, impopulaires » tant pour les retraités que pour l'organisation et le fonctionnement du système de santé.

Ce souhait trouve aujourd'hui un commencement d'exécution avec les deux chantiers de réformes que le Président de la République a initiés : le sauvetage des régimes de retraite et la création d'un dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées qui puisse relever le défi d'une couverture non seulement de la population actuelle de ces personnes mais également de celles, très nombreuses des générations à venir.

Les dispositifs actuels ne sauraient en effet perdurer en l'état tant en raison d'un risque d'implosion sous le poids du nombre grandissant de ses bénéficiaires que de ses imperfections dont le constat a été largement et communément partagé par la majorité des interlocuteurs la mission. »

B. Le bilan du système en place

Le rapport n'épargne presque aucun des acteurs et se fait le critique des insuffisances et défaillances de l'organisation fonctionnelle de la dépendance :

- Les professionnels soignants de la dépendance: défaillants dans le repérage, la prévention et le diagnostic de la perte d'autonomie. Le manque de formation initiale et continue dans le champ social des soignants est relevé justement mais alors pourquoi ne pas en interpellier les responsables: ceux qui mènent la politique de santé et de formation ? Les défauts d'articulation entre les acteurs médicaux et sociaux sont aussi pointés du doigt. Les ARS seraient source d'efficacité. Mais la crise de la démographie médicale, de la médecine libérale, et les coupes sombres des effectifs des services sociaux de l'Etat, des départements et des collectivités au nom de la réduction des déficits budgétaires ont pour conséquence l'incapacité de « trouver le temps » pour le travail de coordination indispensable aux missions de repérage et de prévention.
- Les associations d'aides à la personne à domicile privilégiées aux dépens d'organismes publics, sont aujourd'hui en difficulté : diminution des aides au secteur associatif conséquence de la politique

gouvernementale, concurrence par les entreprises privées favorisées par le plan Borloo en 2005... Les auteurs notent aussi que la place des aidants naturels, pour la plupart bénévoles, jeunes retraités et enfants des bénéficiaires, est amenée à se réduire considérablement. Ils oublient de mentionner que le recul de l'âge de départ à la retraite va aggraver ce phénomène...

- Les EHPAD : 10 300 structures en 2007 accueillent 595 000 résidents (76 % de la population en structure d'hébergement, les autres étant en maison de retraite, foyers ou en hébergement temporaire), d'âge moyen à l'entrée de 83 ans et 10 mois, dont 84 % et de GIR 1 à 4 dont 55 % en 1 et 2. Elles sont l'objet de critiques de la part des auteurs que l'on partage même si les causes sont ignorées ou éludées : tarifs rendus prohibitifs par la récupération de l'amortissement de leur construction auprès des pensionnaires, pratiques contestables de responsables d'établissements, médicalisation inégale des structures, statut non bordé des intervenants médicaux, médecins coordinateurs et libéraux, inégalités territoriales d'accès aux structures et inégalités de services aux personnes selon le niveau de prestation offert, enfin inadéquation entre l'offre développée de type résidentiel et les besoins des résidents et des familles qui transforment les structures en unités de soins palliatifs.
- Enfin le système d'évaluation de la dépendance, d'attribution des ressources et de leur gestion :
 - a) Basée sur la grille AGGIR, l'évaluation fait intervenir des acteurs aux intérêts divergents et pas forcément au service des personnes dépendantes (à l'instar des médecins évaluateurs des assurances privées mais peut-être aussi de ceux des conseils généraux, financeurs principaux de l'APA ...). Elle apparaît moins comme un problème que comme un enjeu pour les futurs financeurs de la dépendance pressentis par la mission.
 - b) La gestion des aides par les départements mise en cause : inégalités territoriales de la charge financière et diversité de politique de récupération des fonds, les difficultés des départements sont évoquées surtout pour signaler que les politiques des conseils généraux varient d'un département à l'autre et amènent une déclinaison territoriale inhomogène d'une politique déterminée, elle, au niveau national.

La principale conséquence néfaste du système est le reste à charge jugé à juste titre inacceptable et insupportable. Le constat est terrible mais perd de sa pertinence en omettant de mentionner la responsabilité directe de la politique sociale du gouvernement.

 - Pour les soins, Il est plus de 1 000 euros par an en moyenne pour les personnes de plus de quatre-vingts ans, dont plus d'une sur deux est pourtant

prise en charge en ALD. Les causes de cette explosion du reste à charge sont omises dans le rapport : déremboursement des prestations médicales, des médicaments et des dispositifs médicaux, forfaits hospitaliers,

- Le coût des hébergements en structure, prohibitif, il varie en moyenne de 2500 à 5000 euros ! La récupération de l'amortissement de la construction auprès des pensionnaires est inadmissible et notée comme telle par les auteurs de rapport.

Le rapport vante les plans Alzheimer et Grand âge. Ses auteurs oublient 2 éléments : les moyens sont insuffisants (1,4 milliards d'euros sur 5 ans, moins de 280 millions par an) ; le financement en est assuré par les franchises médicales aggravant le reste à charge des patients et particulièrement celui des personnes dépendantes puisque lié au niveau de consommation de soins qui est élevé pour elles.

Les propositions de la mission (cf tableau annexe) :

Au nombre de 17, elles sont :

- mesure gadget (la consultation dépendance),
- vœu pieu qui n'engage à rien : lancer des études sur l'hospitalisation des personnes âgées ; encourager la télémédecine ; asseoir le rôle du CNSA
- honorable : mettre fin à l'imputation des frais d'amortissement des structures d'accueil dans le reste à charge des résidents. Mais alors qui paierait ? Les départements et le CNSA, qui deviendraient ainsi les premiers soutiens des investisseurs privés qui gèrent les établissements !
- des mesures d'allègement fiscal fort mal venues pour un rapport qui dénonce les déficits publics.

Les propositions ne sont jamais assorties d'une évaluation des moyens nécessaires pour les mettre en œuvre. Elles n'ont d'autres fonctions que d'amener et justifier la proposition phare des auteurs du rapport dont on a compris qu'elle est la traduction concrète des projets gouvernementaux, la **proposition n°12** : La création d'une assurance dépendance, individuelle, privée et obligatoire.

Qualifiée d'universelle, elle a pour fonction de remplacer l'APA (ce qui ne déchargerait pas forcément les départements et le CNSA encouragés, on l'a vu, à financer la construction d'EHPAD ...)

C'est alors qu'apparaissent pleinement les objectifs de la mission Rosso :

Démontrer 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^{ème} risque et celle d'une assurance obligatoire, de vente à la découpe de la protection sociale livrée en pâture au marché. La rentabilité est d'ailleurs garantie aux futurs opérateurs par au moins deux des dispositions proposées : le caractère obligatoire de l'assurance à partir de 50 ans offrant un marché prospère à moyen terme puisque qu'en 2040 c'est plus de 20 millions de Français qui en seraient souscripteurs; par ailleurs, le retrait des personnes classées GIR 4 des dispositifs APA seront autant d'exclus à terme des indemnités assurantielles....

3. Conclusion :

La politique en matière de protection sociale menée depuis 2007 par Nicolas Sarkozy vise à démanteler l'héritage du CNR et à mettre en place un système assurantiel privé à l'anglo-saxonne régulé par le marché. Il doit remplacer le système français basé sur la solidarité et sur un financement socialisé qui a pour objet de garantir à tous l'accès à des droits fondamentaux : la santé, l'autonomie, la dignité. Le discours officiel met en avant la volonté de réduction des déficits publics mais la réalité paraît surtout guidée par les intérêts des grands groupes assurantiels piaffants d'impatience et qui ne cachent pas être prêts à se substituer à la sécurité sociale, tout au moins là où les bénéficiaires paraissent assurés...

Le rapport Rosso met en lumière les limites d'un système qui n'en est pas moins resté relativement efficace jusqu'à aujourd'hui. Ses imperfections, les nécessités de son adaptation aux besoins ne remettent pas en cause les principes sur lesquels il est fondé comme les auteurs veulent le faire croire. Elles marquent les limites d'aujourd'hui et plus encore celles de demain au vu des enjeux, qui sont essentiellement le manque de moyens, c'est-à-dire de financements qui pour être distribués avec justice à tous selon ses besoins ne peuvent que reposer sur un ou des services à vocation publique et solidaire.

Car quelles seront les garanties offertes par les assurances dans un contrat dépendance aux clauses d'exclusion dont on ne doute pas qu'elles seront subtiles mais bien réelles, comme le prévoit le rapport Rosso quand les accidents de la vie, les maladies ou les événements familiaux ou sociaux précipiteront brutalement les personnes dans un état dépendance ou aggraveront un état préexistant et justifieront la mise en œuvre de moyens coûteux? L'enjeu est bien aujourd'hui de préserver les valeurs fondatrices de la Sécurité Sociale dont nous écarte le concept du 5^{ème} risque et son financement privatisé, externalisé du financement de la protection sociale.

Annexe : PROPOSITIONS DE LA MISSION ROSSO DEBORD

Proposition n° 1 : Mettre en place, sans délai, une consultation gratuite de prévention destinée à toute personne âgée de plus de soixante ans.

Proposition n° 2 : Adjoindre à chaque convention tripartite liant une agence régionale de santé, un conseil général et un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, un cahier des charges spécifique audit établissement et relatif aux bonnes pratiques nutritionnelles devant être appliquées à l'égard de ses résidents.

Proposition n° 3 : Veiller à ce que les agences régionales de santé définissent les objectifs chiffrés et les moyens d'une prévention des accidents indésirables évitables frappant les personnes âgées sur leur territoire et qu'à ce titre, elles s'assurent que tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacies intérieures ont recours à un pharmacien référent.

Proposition n° 4 : Inclure dans les diverses conventions de partenariat sur la formation des intervenants auprès de personnes âgées dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est signataire, une formation à la reconnaissance et au signalement des situations de fragilité de ces personnes.

Proposition n° 5 : – Créer à destination des médecins généralistes des modules de formation initiale et continue relatifs à l'utilisation de protocole de diagnostics des maladies dégénératives invalidantes.

– Créer à destination des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux des modules de formation initiale et continue relatifs à la reconnaissance et à la prévention des situations de fragilité et des troubles psychiques des personnes âgées.

Proposition n° 6 : Confier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie la direction d'une étude sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées et, en fonction des enseignements de cette étude, l'engager à définir, en collaboration avec les agences régionales de santé, les actions à mener pour remédier aux éventuels dysfonctionnements constatés notamment, par une anticipation de ces situations par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

Proposition n° 7 : Financer au titre du grand emprunt national des actions de recherche-développement sur les technologies d'aide à l'autonomie ainsi que des subventions au profit des petites et moyennes entreprises innovantes de ce secteur.

Proposition n° 8 : Définir au sein des programmes relatifs au développement de la télémédecine des plans régionaux de santé, les moyens d'une mise en place progressive de réseaux de télémédecine au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Proposition n° 9 : Interdire l'imputation des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur les prix de journée demandés aux résidents.

Proposition n° 10 : Incrire dans le code civil que l'obligation alimentaire ne peut pas concourir au remboursement des aides sociales à l'hébergement accordées par les départements aux personnes âgées dépendantes résidant dans un établissement.

Proposition n° 11 : Instituer pour les demandeurs du bénéfice d'une allocation personnalisée d'autonomie possédant un patrimoine d'au moins 100 000 euros, un droit d'option entre une allocation réduite de moitié mais n'autorisant pas un futur recours sur la succession de son bénéficiaire et le service d'une allocation à taux plein, pouvant être récupérée sur la succession future du bénéficiaire pour un montant maximum de 20 000 euros.

Proposition n° 12 : Rendre obligatoire dès l'âge de cinquante ans, la souscription d'une assurance perte d'autonomie liée à l'âge et assurer son universalité progressive par la mutualisation des cotisations et la création d'un fonds de garantie.

Proposition n° 13 : Revoir les taux de la contribution sociale généralisée applicable aux pensions de retraite afin d'aménager une meilleure progressivité de ces derniers en fonction des montants de ces pensions et appliquer un taux de 7,5 % aux montants les plus élevés.

Proposition n° 14 : Faire progressivement participer à la contribution solidarité autonomie, les professions exemptées par l'application de taux gradués en fonction des montants de leurs revenus.

Proposition n° 15 : Réserver le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie aux personnes les plus dépendantes classées dans les groupes iso ressources 1 à 3 de la grille AGGIR.

Proposition n° 16 : Alléger le régime fiscal applicable aux rentes viagères lorsque ces dernières sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie avérée.

Proposition n° 17 : Renforcer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans ses prérogatives d'opérateur principal des politiques médico-sociales, affirmer sa gouvernance de la gestion de la couverture du risque de la perte d'autonomie et la doter des moyens nécessaires à ses missions.

*** RÉFÉRENCES :**

- BRAUN (Th) Les personnes âgées dépendantes*
Paris, La Documentation Française, 1988.
- BOULARD (J.C) Rapport d'information sur les personnes âgées - Vivre ensemble. Assemblée Nationale n° 2135, Juin 1991.*
- SCHOPFLIN (P) Dépendance et Solidarités - Mieux aider les personnes âgées.*
Paris, La Documentation Française, sept. 1991.
- Loi n° 97-60 du 24 Janvier 1997, tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées, par l'institution d'une prestation spécifique dépendance, (legifrance)
J.O du 25/01/1997 - pp 1280-1284.
- Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, (legifrance).
J.O. du 21 juillet 2001 - pp 11737-11743.

Résumé commenté du rapport Rosso Debord

La prise en charge des personnes âgées dépendantes

Par le D^r Eric May

INTRODUCTION

I.- DES DONNÉES SOCIO-ÉCONOMIQUES BIEN CONNUES

A. UNE PYRAMIDE DES ÂGES VIEILLISSANTE

1. L'accélération du vieillissement de la population au cours des prochaines années :

Elle est rappelée et précisée. A noter que le « vieillissement » mesuré par les statisticiens, l'augmentation de la population des plus de 60 ans est le témoin des progrès médicaux et sociaux dont la population française a bénéficié depuis 1945. Il traduit d'abord un gain extraordinaire de longévité. Il se caractérise par un maintien de capacités physiologiques et intellectuelles des individus au-delà des 60 ans qui bouleverse profondément le concept même du vieillissement qu'on associe le plus souvent à l'altération de ces mêmes capacités. Cela n'est pas sans incidence sur la réflexion qui est menée à propos de la dépendance, qui si l'on en exclue les problématiques des personnes handicapées, concerne aussi bien la prévention que la prise en charge de personnes que l'on ne peut plus qualifier tous et péjorativement d'âgées et de « vieux ». Un chiffre à retenir : un habitant sur 3 aura plus de 60 ans en 2050, soit une augmentation de plus de 50 %.

Le vieillissement résulte des variations des plus de 60 ans, sans qu'il soit tenu compte des évolutions de la société qui conduisent de plus en plus de personnes à rester en activité au-delà de soixante ans et sans considérer qu'aujourd'hui un senior de soixante ou de soixante-quinze ans n'a pas les mêmes capacités qu'il y a cinquante ans ni qu'à l'avenir, il aura vraisemblablement des activités encore différentes.

	Population au 1 ^{er} janvier (en millions)	Moins de 20 ans (en %)	20 ans à 59 ans (en %)	Plus de 60 ans (en %)	Dont 75 ou plus ans (en %)
2010	62,8	24,4	52,7	22,9	8,8
2020	65	23,7	50,1	26,2	9,1
2030	67,2	22,6	48,1	29,3	12
2040	69	22,1	46,9	31	14,3
2050	70	21,9	46,2	31,9	15,6

Source : INSEE – Tableaux 2010 de l'économie française

Il peut être constaté qu'en 2050 : le nombre des personnes âgées de soixante ans ou plus devrait s'accroître de près de 50 % par rapport à aujourd'hui, la hausse la plus forte se produisant dans les années 2030. En conséquence, près d'un habitant sur trois aurait alors plus de soixante ans contre près d'un sur cinq en 2010 et d'un sur quatre à compter de 2020.

2. Les liens entre le vieillissement et la perte d'autonomie

Le rapport laisse apparaître ses premières failles et partis pris. Il sous-estime l'importance des enjeux de demain (2020, 2040) : tout en présentant la réalité des données démographiques et le rapport mécanique entre dépendance et accroissement de la longévité, ses auteurs s'attachent à dédramatiser à tout prix les problématiques que vont poser l'explosion de la dépendance et la situation alarmante en terme de santé publique que représentent à ce titre les maladies neurologiques dégénératives type Alzheimer :

- En 2010, 1,1 millions de personnes sont bénéficiaires de l'APA, soit 6,7 % de la population des plus de 60 ans mais avec une sous déclaration effective...
- Par ailleurs, la DRESS citée par le rapport annonçait en 2006 une augmentation de 1 % par an des bénéficiaires de l'APA jusqu'en 2040 ! Ces chiffres seront rappelés et précisés dans le chapitre suivant mais examinés sous l'angle des DEPENSES et **non des BESOINS**.
- Autre problème cité mais mésestimé : la maladie d'Alzheimer touchait en 2004 une peu plus 856 000 personne en France mais dont seulement la moitié était diagnostiquée ! En 2040, Il est attendu 2 156 618 malades soit une progression de 150 % ! Or le premier enjeu de santé publique de ces maladies est bien le diagnostic précoce qui n'a d'intérêt que s'il aboutit à la mise en place de prises en charge médicosociales rapides mais dont on sait qu'elles sont complexes et coûteuses ! Etre efficace c'est donc prévoir la mise en jeu de moyens sans commune mesure avec ce qui a été mis en place jusqu'à ce jour (et qui est de plus aujourd'hui financé sur le dos des autres malades par les franchises médicales par exemple...).

A noter qu'apparaît déjà dans ce paragraphe la notion de « pertes modérées d'autonomie » : elle prépare à l'une des propositions de la mission, le retrait au titre des bénéficiaires de l'APA des personnes GIR 4 pourtant auprès desquelles les actions de prévention doivent être le plus fortes pour retarder ou empêcher le passage en dépendance plus importante.

Extraits : qu'elles soient qualifiées de « perte d'autonomie » ou de « dépendance », les conséquences plus ou moins importantes et plus ou moins progressives de diverses pathologies et incapacités, et de leurs séquelles, sur les personnes de plus de soixante ans sont généralement surestimées quant à leur ampleur. Il convient donc tout d'abord de dédramatiser une situation qui peut certes générer de véritables drames familiaux mais qui, mesurée au travers des 1,1 million de bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), ne touche que 6,7 % des 16,4 millions de personnes de plus de soixante ans.

— d'autre part, les premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008 indiquent que les pertes modérées d'autonomie touchent 13,7 % des personnes âgées de soixante à soixante-dix neuf ans mais 25 % des personnes âgées de quatre-vingts ans ; de même la dépendance frappe 3,3 % des premières et 13,7 % des secondes.

B. UN EFFORT PUBLIC D'AIDE À L'AUTONOMIE EN FORTE CROISSANCE

« Effort public » : vocabulaire culpabilisant dans la droite ligne de celui qui a été utilisé pour justifier les franchises médicales par exemple. Pourquoi qualifier d'effort ce qui relève des compétences des départements dont ils assument la charge malgré le désengagement de l'état, et de la solidarité nationale (la sécurité sociale) ?

1. L'augmentation continue du nombre des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie

Créée par la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) s'adresse aux personnes âgées de soixante ans et plus, résidant à domicile ou en établissement.

Son dispositif leur offre la prise en charge, qui n'est pas soumise à conditions de ressources, d'un plan d'aide comprenant les divers services et aides qui répondent aux besoins particuliers de chacune de leurs situations de perte d'autonomie. Gérée par les départements, l'allocation est calculée en fonction des revenus des bénéficiaires et de leur degré de dépendance mesuré à l'aide des six niveaux de perte d'autonomie de la grille nationale AGGIR (Autonomie gérontologie groupes iso-ressources) dits GIR 1 à 6, l'APA ne compensant que les GIR 1 à 4, c'est-à-dire les dépendances les plus lourdes.

Les chiffres, entre 2002 et 2009 (sources CNSA, 2008) :

- le nombre de bénéficiaires est passé de 605 000 à 1 128 000 **soit un quasi doublement. (Pour rappel, la DREES prévoit une augmentation de 1 % par an de 2006 à 2040 du nombre de bénéficiaires) mais dans la même période**
- Les dépenses d'APA ont grimpé de 1,855 à 5,116 milliard d'euros (5,397 attendus en 2010). Pas d'analyses ni d'explications ne sont données par les auteurs à ce stade à l'augmentation des dépenses qui croît bien plus rapidement que le nombre de bénéficiaires.

Meilleur repérage et augmentation déclaration des patients dépendants, meilleur usage du système par les acteurs médicosociaux, aggravation globale du taux de dépendance moyen ? C'est pourtant ces éléments qui sont indispensables pour évaluer à moyen et long terme les besoins que la dépendance va nécessiter dans les 30 années à venir et qui doit aider à déterminer le système de financement le plus juste et le plus pérenne.

2. Le poids de la solidarité nationale (le poids pour qui, sur quoi, nouvel usage d'un vocabulaire associant de manière péjorative solidarité et dépendance)

C'est sans doute même s'il est finalement et volontairement peu développé le cœur de la démonstration des auteurs du rapport qui leur sert à rendre évidente la proposition phare du rapport : l'identification d'un risque assurantiel particulier, spécifique qui ne relèverait plus de la solidarité car coûteux et marginal (que 6,7 % de la population des plus de 60 ans!) et le besoin de transfert du financement de la dépendance de la solidarité qui en garantissait l'équité au secteur assurantiel privé. C'est l'objet de la séparation du coût des soins d'une partie de la population, celle qui est identifiée comme dépendante, des dépenses d'assurance maladie du reste de la population. Il serait intéressant de savoir comment on se mesure d'identifier ce qui relèverait spécifiquement du coût de la prise en charge des facteurs médicaux de la dépendance d'un individu. D'ailleurs, sur quelle base ce chiffre de 11 milliards a-t-il été calculé : dépenses de santé des bénéficiaires de l'APA ?

Selon le rapport, le financement de la dépendance représentait 22 milliards d'euros en 2010 soit 1,1% du PIB selon le rapport dont :

- **Sécurité Sociale = 13,45 milliards soit le financement solidaire et socialisé à proprement parlé**
- Assurance Maladie : 11 milliards** (4,738 pour l'hôpital et la médecine de ville, 6,267 pour les établissements type EPAHD). Ce sont en fait les soins et actes médicaux prodigués aux personnes âgées dépendantes exonérations de cotisations sociales (?)

La **branche vieillesse** en compensation de l'APA des GIR 4 verse **67 millions** d'euros en 2010 au CNSA.

CNAV : 394 millions d'euros

MSA : 568 millions d'euros

- **Les départements qui financent l'APA, l'ASH et certaines aides à domicile soit un financement fiscalisé et non solidaire**

6,1 milliards d'euros (7,2 bruts) en 2008

APA qui se répartit en :

Accueil en établissement ou en famille d'accueil de près de 424 000 personnes âgées pour un montant de 1,7 milliard d'euros

Le maintien à domicile de 658 000 personnes pour un montant de 3 milliards d'euros.

ASH, qui est attribuée sous condition de ressources a été versée à 115 000 personnes en établissement pour un montant de 2 milliards d'euros et à 1 480 personnes âgées logées en familles d'accueil pour un montant de 12,1 millions d'euros. (2012 100 000 euros).

Financement de services à domicile : 82 millions d'euros affectés à différentes aides en 2008 – aides ménagères, portage de repas... – sont en diminution de 10 % par rapport à l'année précédente, essentiellement en raison du recul du nombre de bénéficiaires d'aides ménagères qui est passé en moyenne annuelle de 24 800 personnes en 2007 à 23 100 en 2008.

- **Les financements complémentaires gérés par le CNSA : la Contribution Sociale Autonomie et la CSG (0,1%) (= financement socialisé).**

Ils sont affectés par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées **au financement de toute perte d'autonomie.**

Le budget prévisionnel de la CNSA était de 3310, 3 millions d'euros en 2010.

La CNSA ayant la responsabilité de la prise en charge des pertes d'autonomie tant des personnes handicapées que des personnes âgées, elle répartit ses recettes entre ces deux actions. Ainsi, aux termes de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, la CNSA doit consacrer au secteur des personnes âgées :

– 40 % des ressources de la contribution solidarité autonomie (CSA) aux établissements et services qui accueillent des personnes âgées et 20 % de cette même contribution au financement de la prestation d'allocation personnalisée d'autonomie (APA) ;

– une fraction de CSA fixée chaque année par arrêté des ministres à diverses dépenses (animation, prévention, frais d'études), soit 10 millions d'euros en 2009 (arrêté du 18 novembre 2009) ;

– 5 à 6 % des recettes provenant de la contribution sociale généralisée (CSG) à la promotion des actions

innovantes, à la formation des aidants et accueillants familiaux et à la professionnalisation des métiers de services ;

– 94 % du produit de la CSG au financement de l'APA.

Par ailleurs, la caisse affecte 50 % des produits financiers générés par ses placements de trésorerie (crédits exécutés) et 15 millions d'euros en 2010 (projet de budget primitif). À la suite de la crise économique, ce financement a subi une baisse sérieuse si on le compare avec celui de 2008 qui atteignait un montant de 31 millions (crédits exécutés).

Il doit être noté que la contribution de la CNSA au financement de l'APA diminue au cours des années laissant à la charge des départements une part de plus en plus importante du financement.

Un élément notable qui n'apparaît qu'en fin de chapitre : la part de la contribution du CNSA au financement de l'APA est passée de 43 % en 2002 à 28,5 % en 2010. En valeur absolue, elle n'a fait que doubler passant 798 millions d'euros à 1 538 en 2010 quand la part des départements était multipliée par 3,5 passant de 1 057 en 2002 à 3 858 millions d'euros en 2010. C'est l'un des éléments des difficultés rencontrées et interrogations posées quant au devenir du financement de l'APA par les départements, et donc de la pérennité d'un financement d'un dispositif qui ne peut que connaître à un développement considérable compte tenu de l'explosion des besoins. Il est aussi le témoin de l'aveuglement et l'autisme volontaire des gouvernements successifs qui depuis 2002 refusent d'examiner le problème du financement de la solidarité nationale autrement que par la réduction des financements publics donc des prestations publiques, et par le transfert de gestion de la protection sociale du public au privé.

- **Les exonérations fiscales et sociales**

En 2009, les exonérations fiscales et sociales centrées sur la dépendance des personnes âgées ont représenté un montant total de 2,101 milliards d'euros, soit des montants respectifs de 600 millions d'euros pour les premières et de 1,501 milliard d'euros pour les secondes.

Ce financement public de la perte d'autonomie – dont les différents chapitres sont résumés dans le tableau ci-après – paraît d'autant plus important qu'il s'inscrit dans une conjoncture désastreuse pour les finances publiques.

Nouveau coup porté au principe de financement public de la perte d'autonomie. A noter la notion de « désastre » qui ne manque pas de sel puisque elle met en cause implicitement la gestion des finances publiques des

gouvernements successifs au moins depuis 2007, c'est-à-dire les gouvernements de la majorité présidentielle à laquelle appartient Mme Rosso.

C. UN CONTEXTE DE FINANCES PUBLIQUES EXSANGUES

Un chapitre purement doctrinaire et idéologique : il n'explique rien et cautionne pleinement la réflexion sur le 5^{ème} risque menée par le gouvernement, sans réserve. Il justifie la nécessité du désengagement des financements publics pour sauver les comptes publics français et la préserver d'une situation de faillite à la grecque (sic) ... La responsabilité du système bancaire et plus largement du capitalisme n'est évidemment pas évoquée et aucune analyse n'est faite à propos des mécanismes à l'origine de la crise des financements publics et de la protection sociale : chômage, exonérations fiscales et de charges sociales massives, absence de prélèvements sur les bénéfices des produits financiers du capital...

1. Les contraintes du contexte budgétaire de l'État

Extraits choisis :

Comme les autres pays industrialisés, la France souffre depuis 2008 des effets de la crise mondiale : ainsi, alors qu'il n'avait progressé que de 0,4 % en 2008, le produit intérieur brut (PIB) a reculé de 2,2 % en 2009 subissant ainsi la plus forte baisse depuis l'après-guerre. Mais l'impact de la crise a également conduit à une dégradation de la dépense publique française, laquelle inclut les dépenses de l'État, celles de la sécurité sociale et celles des collectivités locales.

*(...) La dépense publique française, la plus élevée de l'Union européenne, atteint 55 % du PIB en 2009... le déficit prévisionnel pour 2010 devrait atteindre plus de 8 % du PIB soit 152 milliards d'euros... Mais, l'endettement de notre pays ne résulte pas seulement de la crise économique... **L'évolution de cette dette** risque d'être aggravée par l'adoption du « Grand emprunt » dont les 35 milliards d'euros sont destinés aux dépenses d'avenir et structurantes... Recouvrant les impôts, les taxes et les cotisations sociales obligatoires versées aux administrations publiques, les prélèvements obligatoires représentent 43,1 % du PIB, situant ainsi la France dans le peloton de tête des pays industrialisés.*

2. Les difficultés financières des collectivités territoriales...

En janvier 2010, remarquant que la crise économique avait particulièrement fragilisé certains départements « confrontés depuis dix-huit mois à une croissance des dépenses sociales plus rapide que celle de leurs recettes », le Premier ministre confiait à M. Pierre Jamet, directeur général des services du conseil général du Rhône une mission de diagnostic et de proposition sur la consolidation des

finances des départements fragilisés. Dans son rapport, remis le 20 avril 2010, ce dernier souligne que :

- les départements connaissent des situations budgétaires tendues mais différenciées, liées notamment à un effet de ciseaux entre la croissance des recettes et celle des dépenses ainsi qu'à une baisse tendancielle de la capacité d'autofinancement ;*
- le processus de décentralisation dans le champ social contraint fortement les marges de manœuvre des départements puisque les dépenses sociales (29,8 milliards d'euros en 2009, en augmentation de 7,8 % par rapport à 2008) représentent près de 48 % de la dépense totale (66,5 milliards d'euros) et que 90 % de ces dépenses sociales (allocation de revenu minimum d'insertion, protection sanitaire de la famille et de l'enfance, aide sociale à l'enfance et aide aux personnes handicapées adultes et aux personnes âgées) se caractérisent par un effet mécanique d'augmentation : ainsi, dans le cas de l'allocation personnalisée d'autonomie, « outre le fait que ses conditions et barèmes sont définis au niveau national, les dépenses qui en résultent sont également contraintes par un effet de progression mécanique d'une partie de leurs bénéficiaires potentiels ».*

Il convient donc de veiller à ne pas contribuer à de nouveaux alourdissements de la charge de la dette afin de ne pas perdre toute marge de manœuvre financière, comme certains pays européens en font aujourd'hui la très amère expérience mais aussi l'expose la Cour des comptes dans son dernier rapport public annuel, afin de ne pas faire peser sur les actifs des générations futures, « une charge induite qui s'ajoutera aux coûts résultant d'une population vieillissante ».

3. Les déficits des organismes de la protection sociale :

Quand le financement de la dépendance devient un des éléments du plan de la réforme de la sécurité sociale à venir...

Présentés en mai 2010, par le secrétariat général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, les comptes du régime général de la Sécurité sociale pour 2009 font apparaître un déficit de 20,3 milliards d'euros ce qui représente une dégradation de plus de 10 milliards d'euros par rapport au résultat enregistré en 2008 (moins 10,2 milliards d'euros).

Rappelant que pour résorber les milliards de la dette cumulée et répondre à une explosion de dépenses générée par le vieillissement de la population, le progrès médical, et l'attention accrue de chacun portée à la santé, le Premier président appelait de ses vœux l'adoption de mesures de fond « douloureuses pour beaucoup et (...) à n'en pas douter, impopulaires » tant pour les retraites que pour l'organisation et le fonctionnement du système de santé.

Ce souhait trouve aujourd'hui un commencement d'exécution avec les deux chantiers de réformes que le Président de la République a initiés : le sauvetage des régimes de retraite et la création d'un dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées qui puisse relever le défi d'une couverture non seulement de la population actuelle de ces personnes mais également de celles, très nombreuses des générations à venir.

Les dispositifs actuels ne sauraient en effet perdurer en l'état tant en raison d'un risque d'implosion sous le poids du nombre grandissant de ses bénéficiaires que de ses imperfections dont le constat a été largement et communément partagé par la majorité des interlocuteurs la mission.

II.- DES CONSTATS PARTAGÉS

A. UNE COMPENSATION INÉQUITABLE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Une perte d'autonomie, avant d'être prise en charge de façon extrêmement hétérogène par les départements, doit être évaluée. Cette évaluation, malgré ses difficultés, conduit à une compensation qui varie en fonction du degré de dépendance ainsi déterminé mais qui ne parvient pas à diminuer les restes à charge pesant sur les personnes concernées.

Le reste à charge, souvent considérable pour les personnes concernées et les familles, est d'emblée et justement souligné. Il est la conséquence d'un système de financement aujourd'hui insuffisant en regard des besoins, et donc partiel, dont les effecteurs ont des intérêts différents (divergents ?) qui les éloignent pour de bonnes et de mauvaises raisons de l'intérêt public. Il est vrai que le financement de la dépendance doit assurer des prises en charge complexes, mettant en jeu des acteurs très divers, dans le champ social, médical et éducatif, mobilisant des moyens et des compétences multiples, parfois acquises récemment, et devant répondre à des besoins croissants, tant au niveau des individus (qui par principe sont évolutifs au gré des années et des événements médicaux et personnels) qu'au niveau de la population en raison des mécanismes démographiques précédemment décrits. Mais les auteurs du rapport font fi du problème du niveau de financement et de la question fondamentale :

- le droit à l'accès au bien être, à vivre dans la dignité, pour tous et à tout âge de la vie, quel que soit son niveau de dépendance **et de ressources**
- la nécessité de construire un système égalitaire et solidaire qui le garantisse.

Ils s'ingénient à dénouer les fils de la complexité de l'évaluation de la dépendance et de l'attribution des fonds alloués aux prestataires.

Ils analysent pour cela dans ce chapitre les manquements et dysfonctionnements du système actuel et de ses acteurs parfois avec justesse et discernement mais pour aboutir à des propositions inacceptables, qui ne répondent en rien aux besoins d'aujourd'hui et de demain si ce n'est à la commande politique et aux attentes du marché des assurances comme les récentes réactions de celles-ci à la parution du rapport le laissent apparaître.

1. Les évaluations incertaines de la dépendance

Depuis 1997, la grille AGGIR mesure 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).

Tout demandeur d'une allocation personnalisée d'autonomie est ainsi évalué par des équipes médico-sociales qui classent la personne âgée dans l'un des six groupes homogènes en termes de ressources employées et de coûts (groupes iso-ressources dits GIR). Cette évaluation est importante puisque lorsqu'une personne ressort d'un GIR 1 à 4, l'allocation pourra lui être attribuée dans la limite d'un montant mensuel maximum respectivement fixé au 1^{er} avril à 1 235,65 euros (GIR 1), 1 059,13 euros (GIR 2), 794,35 euros (GIR 3) et 529,56 euros (GIR 4) ; lorsque la personne est classée en en GIR 5 ou 6, elle peut prétendre, en fonction de ses ressources, au versement des prestations d'aide ménagère servies par son régime de retraite ou par l'aide sociale départementale.

a) Les insuffisances de la grille AGGIR

...Les critiques, latentes depuis 2001, portent principalement sur le fait que cet outil d'évaluation ne permet pas de décrire la complexité de la situation de la personne dans son environnement : ainsi, les variables « cohérence » et « orientation » seraient insuffisantes pour décrire l'état psychique (troubles du comportement, agitation et difficultés relationnelles). Les maladies dégénératives, telle la maladie d'Alzheimer, seraient mal évaluées dans la plupart des cas d'autant que certains de ces troubles peuvent ne pas être aisément décelables ou sont évolutifs dans le temps, et parfois à l'intérieur d'une même journée.

Sont posées les limites d'une évaluation à partir d'une grille qui a tout de même des qualités :

- C'est un référentiel qui est commun à tous les intervenants sur tout le territoire
- Il explore assez bien toutes les dimensions de la dépendance : mécanique, physiologique, psychologique et cognitive (mentales), socio familiale.

- Le problème principal, les difficultés d'évaluation des maladies neurologiques dégénératives tient moins aux limites de la grille qu'aux difficultés diagnostiques de ces pathologies, leur retard et sous diagnostic. Elles 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...

Par ailleurs, les frontières entre les différents groupes iso-ressources (GIR) seraient si ténues qu'« un utilisateur averti peut aisément faire basculer une personne d'un GIR à un autre selon la façon dont il remplit la grille ».

On perçoit là l'attaque implicite sur la subjectivité coupable des évaluateurs pour lesquels il est facile de majorer l'évaluation...

b) L'absence de formation à l'utilisation de l'outil AGGIR

Ainsi que le rappelait à la mission M. Jean-Marie Vétel, président d'honneur du Syndicat national de gérontologie clinique, membre du Conseil de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), c'est moins la grille AGGIR qui pose problème – elle est jugée tout aussi fiable qu'un autre outil de mesure par le comité scientifique pour l'adaptation des outils d'évaluation de l'autonomie – que son utilisation par des gens non formés à sa pratique...

Une étude sur la fiabilité de l'instrument AGGIR réalisée en 2005 pour la Direction générale de l'action sociale a ainsi testé dans cinq départements la validité de l'affectation en GIR d'un nombre significatif de personnes, en réalisant une seconde évaluation : un tiers des résultats des nouvelles affectations en GIR différaient de la première évaluation, notamment lorsque des personnels administratifs s'en étaient chargés (seuls 58 % avaient établi un classement identique alors que 73 % des personnels infirmiers avaient un même taux de concordance).

L'absence de formation à la l'utilisation de la grille AGGIR est incontestable chez les soignants qui doivent pourtant en rester les seuls responsables compte tenu du nombre d'éléments médicaux qui doivent être précisément évalués. L'étude du champ médicosocial est totalement absente de la formation initiale des soignants. Une refonte profonde du tronc commun des études des médecins et des autres professionnels soignants dépassant le seul enseignement des soins et de la médecine d'organe est nécessaire : elle doit intégrer pleinement le champ des sciences sociales comme celui de la prévention et de la santé publique.

Mais il faut aussi mettre en place un dispositif de formation généralisée et obligatoire (donc financé par la CNAM par exemple) de tous les médecins généralistes en exercice puisqu'ils sont les premiers rédacteurs des évaluations AGGIR. Un tel programme nécessite

des financements importants et une volonté politique de promouvoir la formation en santé publique des soignants que ne montre pas l'actuel gouvernement quand on observe ses attermolements et ses reculades vis à vis du Développement Professionnel Continu, dont on attend toujours la mise en place et les modalités de financement.

c) La multiplicité des évaluateurs

Avant de parvenir à une étape avancée de la perte de son autonomie, une personne âgée passe généralement par différents stades qui donnent lieu à des évaluations par différents intervenants : médecin référent, évaluateur de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV), évaluateur du conseil général et, dans le cas où elle aurait souscrit une assurance, évaluateur de la compagnie d'assurance.

C'est une situation tout simplement inacceptable : que l'évaluation du score AGGIR faite le médecin référent (traitant) soit soumise à un avis voir un contrôle d'un médecin évaluateur, cela est normal et nécessaire. Encore faut il dans ce cas que l'évaluateur soit totalement indépendant du financeur de l'APA pour limiter les inévitables conflits d'intérêts que génèrent ce type de situation... Mais il ne peut (ne doit) lui être opposé celui d'autres évaluateurs en particulier assurantiels même dans le cas d'un contrat d'assurance privée.

2. Les disparités départementales de la gestion des aides

Les conseils généraux définissant et mettant en œuvre l'action sociale en faveur des personnes âgées, aux termes de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales, coordonnent les actions des différents intervenants de la prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie et assument la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie et de diverses autres aides sociales dont ils supportent tout ou partie du financement. Contributeurs majeurs de la prise en charge des personnes âgées dépendantes à laquelle ils consacrent près de 9 milliards d'euros⁽⁵⁷⁾, les départements n'assurent pas toutefois cette dépense de façon homogène en raison non seulement des différences intrinsèques des charges qui pèsent sur chacun d'eux mais aussi des diverses définitions des politiques d'aides à la personne et de sollicitation des solidarités familiales qu'ils ont mises en place.

Mettant en cause la gestion décentralisée par les départements des financements de la dépendance dont ils ont la charge, source d'inéquité territoriale, la mission se fait de fait le chantre sous couvert du principe incontestable de l'égalité territoriale d'accès aux droits du retrait des compétences des conseils généraux en harmonie avec la réforme des collectivités territoriales. Elle mélange des problématiques très différentes mais qui ont toutes en commun les contraintes budgétaires lourdes des départements, nées des transferts de charge de l'Etat et qui ne

sont pas compensées par celui-ci. Cela n'exonère pas la conduite contestable des départements qui fixent le montant des ASH après avoir calculé le montant pouvant être consenti par les personnes pouvant être tenues à l'obligation alimentaire des ayants droits...

a) L'inégalité territoriale de la charge financière

Les départements diffèrent en termes de socio-démographie – part de la population de plus de soixante-quinze ans, importance respective des différentes classes socio-professionnelles –, de revenu moyen des ménages imposables, de développement économique, de taux de chômage et de dépenses obligatoires. Il apparaît donc inéluctable que des gradients territoriaux rendent hétérogène la part financière qu'ils doivent consacrer à la prise en charge de la dépendance des personnes âgées.

...la compensation de la CNSA (la part au financement de l'APA NDLR) n'a cessé de diminuer, passant d'une couverture de la dépense de 43 % en 2002 à 28,5 % en 2010 (taux provisoire). Par conséquent, ainsi que le constate M. Pierre Jamet dans son rapport précité sur les finances départementales, la fin du premier semestre 2010 devrait être tendue pour les départements les plus fragiles qui compte tenu, notamment, de l'envolée du coût de l'APA, ne pourront sans doute pas faire face à leurs dépenses sociales et qui, pour certains, disposeront d'un budget en déséquilibre, ce que la loi interdit formellement.

b) L'hétérogénéité de la gestion des compensations de la perte d'autonomie des personnes âgées

... les deux rapports récents de la Cour des comptes et de l'Inspection générale des affaires sociales présentent divers exemples récents de disparités départementales qu'ils expliquent principalement par les différences :

- des dates d'ouverture des droits à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- des durées d'attribution des prestations variant de deux à quatre ans ;
- des géométries variables des plans d'aide (présence ou non de mesures relatives aux aidants ou permettant un aménagement du logement) dont les montants mensuels moyens allaient de 432 à 533 euros en 2006 pour une moyenne nationale de 490 euros ;
- des versements de prestations extralégales facultatives complétant l'APA.

Ainsi que le note la Cour des comptes, ces disparités posent un véritable problème d'équité entre les départements (les moins vertueux profitant davantage de la péréquation) mais également entre les personnes (pour une moyenne nationale de 490 euros par mois, le montant mensuel moyen des plans d'aide – tous GIR confondus – varie de 432 euros dans la Drôme à 533 euros dans le Territoire de Belfort).

c) La diversité des politiques de récupération des fonds

...certains conseils généraux semblent avoir décidé de ne plus mettre en œuvre un recouvrement du ticket modérateur lorsque la gestion de cette opération leur revient plus cher que les produits de sa perception, afin de reporter les économies ainsi réalisées sur d'autres actions tandis que d'autres exonèrent partiellement les bénéficiaires de l'APA d'une augmentation de ce ticket modérateur.

À ces politiques inégales appliquées à la participation des bénéficiaires de l'APA, peuvent s'ajouter les disparités des politiques d'appel aux solidarités familiales lors de l'attribution aux personnes âgées d'autres prestations sociales dont, principalement, l'aide sociale à l'hébergement (ASH).

De ce fait, les conseils généraux qui décident d'attribuer une ASH en calculent le montant après avoir évalué celui de la participation qu'ils estiment pouvoir être consentie par les personnes tenues à l'obligation de fourniture d'aliments, étant entendu que cette participation ne peut être fixée de manière obligatoire et pour chacun des obligés que par le juge judiciaire.

3. L'importance des restes à charge financiers pesant sur les personnes âgées dépendantes

Tant à domicile qu'en établissement, les personnes âgées en perte d'autonomie et leurs familles doivent souvent assumer des frais financiers importants dont le poids, en dépit de l'existence de différentes aides publiques, a été dénoncé à maintes reprises au cours des auditions de la mission.

Un constat assez juste mais qui perd de sa pertinence en omettant de mentionner la responsabilité de la politique sanitaire et sociale menée par les gouvernements depuis 2002 et en faisant des comparaisons entre le secteur hospitalier public (en cours de démantèlement) et le secteur médico social.

a) Un coût très élevé

Le coût des soins : Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie estime à plus de 1 000 euros par an – soit plus du double du chiffre moyen sur l'ensemble de la population – la dépense moyenne non couverte par l'assurance maladie des personnes de plus de quatre-vingts ans, dont plus d'une sur deux est pourtant prise en charge à 100 % au titre d'une longue maladie. N'est pas fait mention de la raison de cette explosion du reste à charge, la politique gouvernementale en matière de protection sociale : déremboursement des prestations médicales, des médicaments et des dispositifs médicaux; application zélée et absurde des prises en charge en ALD de certaines pathologies non ALD mais secondaires à l'ALD ou pouvant potentiellement l'aggraver...

Les montants très insuffisants des prestations sociales, APA, ASH pour couvrir les besoins même minimaux des personnes dépendantes bénéficiant de l'APA: De fait, comme l'APA est une prestation plafonnée forfaitairement, en fonction du degré de dépendance, elle se révèle bien sou-

vent insuffisante pour financer le soutien à domicile des personnes les plus fragilisées lesquelles nécessitent des heures d'aide ou de garde en nombre de plus en plus important (dont le coût moyen horaire peut varier de 10 à 20 euros), des accueils de jours dans des structures adaptées afin de laisser des temps de répit aux familles (8 à 65 euros par jour), ou encore des compensations techniques de la dépendance (appareils auditifs, fauteuils roulants, protections contre l'énurésie, aménagement du domicile, téléalarme...).

Selon la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, en 2009, ces coûts s'élèveraient en moyenne à 1 800 euros par mois alors que plus de la moitié des retraités touchent une pension mensuelle inférieure à 1 000 euros et que le montant moyen des aides d'État est de 450 euros.

Le prix exorbitant des EHPAD qui plus est variant d'un établissement à l'autre en fonction du niveau des prestations hôtelières mais aussi non sans conséquences sur les prestations médicales: **les prix des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se décomposent en trois tarifs journaliers successivement afférents à l'hébergement, aux soins et à la dépendance.** Le reste à charge des personnes concerne essentiellement l'hébergement mais comprend également « un ensemble composite » de dépenses (ticket modérateur, achats de biens de première nécessité...). Par conséquent, les restes à charge mensuels moyens d'un hébergement se situent entre 2 200 euros en milieu rural et périurbain et 2 900 euros en milieu urbain ; ils peuvent atteindre 5 000 euros pour les plus élevés.

b) Les différences de tarification des secteurs sanitaire et médico-social

Réflexion curieuse sur les différences de tarification des deux secteurs qui s'appuie sur le coût du forfait journalier (de 18 euros) à l'hôpital public comparé à celui en EHPAD (85 euros). Le rapport, défenseur du service public (il n'est pas fait mention du coût des chambres en hospitalisation privée...) et de sa mission d'accueil de tous quels que soient ses besoins ? Alors proposition de convergence de tarifs pourquoi pas ? Mais outre le fait que le principe du forfait hospitalier est lui-même inacceptable, il faudrait évoquer d'abord la convergence de mission et faire des EHPAD des structures publiques d'accueil des personnes âgées dépendantes dont les prestations seraient de même qualité pour tous quels que soient les moyens des pensionnaires....

c) Une charge pesante pour les classes moyennes

L'allocation personnalisée d'autonomie, exigeant une participation des bénéficiaires dont l'importance dépend de leurs revenus, et les aides à l'hébergement, étant dégressives en fonction des revenus, bénéficient essentiellement aux personnes disposant d'un faible revenu.

Discours classique (« les pauvres s'en sortent finalement très bien ») en contradiction avec les paragraphes précédents qui relevaient très justement l'insuffisance des montants alloués au titre de l'APA pour couvrir des besoins pourtant essentiels (ex appareils auditifs, équipements divers...), insuffisance qui touche autant les classes défavorisées que les classes moyennes...

B. UN MAINTIEN À DOMICILE MENACÉ

En 2007, les personnes âgées demeurant à leur domicile, avec éventuellement une assistance hospitalière ou infirmière, représentaient respectivement 98,9 % des personnes de soixante-cinq à soixante-quatorze ans, 95,5 % des personnes de soixante-quinze à quatre-vingt-quatre ans, 78,6 % des personnes de quatre-vingt-cinq à quatre-vingt-quatorze ans et 57,4 % des personnes de quatre-vingt-quinze ans et plus. Malgré ces souhaits et en dépit d'une politique affirmée tendant à favoriser la prise en charge des personnes en perte d'autonomie à leur domicile, diverses difficultés risquent d'apparaître.

1. La prévention insuffisante de la perte d'autonomie

Par ailleurs, le professeur Françoise Forette rappelait à la mission l'importance de la prévention des états de fragilité des personnes âgées lesquels touchent 7 à 10 % des personnes de plus de soixante ans (mais 25 % des personnes de plus de quatre-vingt-cinq ans) et précèdent bien souvent une perte sévère d'autonomie. Or, bien que leurs symptômes soient bien identifiés (anorexie, perte musculaire, peur de tomber, fatigue et ralentissement de l'activité physique) et qu'ils soient réversibles grâce à des traitements simples et éprouvés (kinésithérapie, traitement de l'ostéoporose...), ces états, encore mal connus des médecins généralistes ne font pas l'objet d'une véritable prévention, ni de véritables traitements.

Le repérage et la prévention de la perte d'autonomie n'est pas du seul ressort des soignants. Une meilleure coordination des intervenants médicaux et sociaux est nécessaire. Encore faut-il qu'elle soit réalisable... Sinon, les auteurs reprennent le thème déjà évoqué de la nécessaire formation des soignants à la prévention, au diagnostic et à la prise en charge de la perte d'autonomie tant au cours de leur formation initiale qu'au cours de leur formation continue. Seule une politique volontariste de formation permanente et obligatoire donc financé par des fonds suffisants et publics peut permettre d'améliorer les compétences des soignants et le repérage des situations. Mais la formation ne suffit pas : encore faut-il que le nombre de soignants soit suffisant pour qu'ils soient en mesure d'assumer pleinement tant ces tâches de santé publique que la prise en charge de façon efficace des situations de perte d'autonomie dans toutes leurs

dimensions. Et ce n'est pas la démographie médicale et la désaffection des jeunes médecins pour les soins primaires qui laisse espérer en l'état une amélioration de la prévention et du dépistage précoce en ville. Quant aux maladies neuro-dégénératives, elles nécessitent actuellement pour leur repérage le plus précoce un accès à des consultations spécialisées hospitalières surchargées mais surtout de vrais mesures à la hauteur des enjeux d'aujourd'hui et de demain : 400 000 malades non diagnostiqués aujourd'hui, plus de 2 millions à prendre en charge en 2040. Le plan Alzheimer de Sarkozy outre son mode de financement inacceptable (les franchises... que les patients atteints d'Alzheimer payent aussi !) est bien en deçà des besoins tant en terme de financements que d'objectifs : 1,4 milliards sur 5 ans cela ne fait que 280 millions d'euros/an auxquels s'ajoutent 200 millions donnés par l'Etat à la recherche, tout cela est bien dérisoire ! En comparaison, la seule dotation de l'Etat et de l'Assurance maladie pour la recherche contre le cancer était en 2007 de 670 millions d'euros/an et de 1 milliard par an si on y ajoute les campagnes de dépistage des cancers du sein et colo rectal et les campagnes de prévention contre le tabac (sources : rapport Inca, 2007).

2. La diminution programmée des aidants naturels

Une grande majorité de personnes âgées ne peut vivre à domicile qu'en raison de l'aide que leur fournissent plus de trois millions de leurs proches, tour à tour dénommés « aidants naturels », « aidants informels » « accompagnants » ou « famille ».

*De fait, 75 % des bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie reçoivent une aide de leur entourage... Mais cette nécessaire reconnaissance et valorisation du rôle des aidants doit s'accompagner d'une mise en place progressive de leur remplacement à terme, soit par des personnels professionnels soit par des établissements d'hébergement. Dans la première hypothèse, le coût du maintien à domicile des personnes âgées en perte d'autonomie sera appelé à augmenter fortement au cours des prochaines années si l'on considère que la contribution gratuite des aidants actuels à ce maintien représenterait près de 500 000 emplois et que sa valeur est estimée à **8 milliards d'euros**.*

Un système reposant sur le bénévolat des aidants naturels ne peut en aucun être pérenne et garantir l'égalité de tous face à la dépendance.

De plus, les aidants sont amenés à disparaître ou tout au moins à se raréfier :

- Pluri-sollicitation des jeunes « seniors », par exemple par leurs enfants pour la garde des petits enfants dans un contexte de secteur public de la petite enfance en déshérence.
- Maintien en activité est prolongé de ces seniors, conséquence de la réforme des retraites.

3. Les difficultés du secteur professionnel de l'aide à domicile

- *L'offre de soins à domicile*

*La fréquence des pathologies se manifestant statistiquement dès la cinquantaine et croissant ensuite régulièrement avec l'âge, une organisation structurée des soins aux personnes âgées paraît indispensable. Pourtant cette organisation se traduit par une fragmentation des parcours, de l'offre et des tarifs, déjà pointée **en 2005** par la Cour des comptes et sans grand changement depuis lors.*

Elle est un des éléments de la crise du secteur de la médecine ambulatoire : désertification médicale (pas de médecins ou d'infirmiers, rupture de la continuité des soins en cas de vacances ou de départ des soignants) et par conséquent, inégalités territoriales de santé s'ajoutant aux inégalités sociales, paiement à l'acte des intervenants à domicile inadapté à des prises en charge complexes et chronophages (désengagement pour l'activité de soins à domicile), défaut voire absence de coordination entre les acteurs médicaux et médicosociaux, le secteur ambulatoire et hospitalier...

La prise en charge de la dépendance passe en priorité par une refondation profonde de l'organisation de la médecine ambulatoire et de ses interrelations avec les secteurs hospitalier et médicosocial. La récente loi HPST, largement citée dans le rapport Rosso, n'a apporté aucune réponse aux problématiques posées et au contraire institue un certain nombre de dispositifs qui vont aggraver la situation.

- *Le secteur des aides à domicile*

La fixation des prix des prestataires de services au domicile des personnes âgées bénéficiaires d'une allocation, repose essentiellement sur le tarif dit CNAV, soit les 18,20 euros de l'heure que la Caisse nationale d'assurance vieillesse finance, depuis le 1^{er} juillet 2008, au titre de sa prestation dite « aide ménagère à domicile ». **Ce tarif sert de référence à la plupart des conseils généraux lorsqu'ils déterminent leurs propres tarifs des interventions des plans d'aides financées par l'aide personnalisée d'autonomie (APA).**

Cette généralisation du tarif plafond a été dénoncée par tous les organismes prestataires de services à la personne reçus par la mission : une telle tarification ne saurait, en effet, couvrir le coût réel d'un service dont les financeurs précités ont exigé qu'il fasse l'objet d'une démarche de qualité afin de répondre aux objectifs de la loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. Les organismes prestataires ont de ce fait adopté des conventions collectives, ont organisé des formations qualifiantes de leurs personnels et ont revalorisé leurs rémunérations ; mais aujourd'hui, ils doivent faire face à des coûts qui ne sont plus compensés par les financements publics et qui ont déjà conduit plusieurs

grandes associations à la cessation d'activité laissant des milliers de personnes âgées privées de leurs services.

Les causes de cette crise ne viennent ni de la demande, ni d'un manque de dynamisme du secteur, ce dernier ayant créé 10 000 emplois équivalents temps plein en 2009 (quand la crise économique en faisait perdre 357 000 au cours de la même période) mais de la concurrence des **entreprises privées qui, favorisées par le plan Borloo de 2005** relatif au développement des services à la personne, ont investi un champ d'action sur lequel les organismes associatifs se trouvaient parfois jusqu'alors dans des situations de quasi-monopole. En outre, ces entreprises utiliseraient des personnels manquant de qualification et donc moins bien rémunérés, faisant ainsi baisser les coûts de leurs prestations.

Monopole des opérateurs associatifs longtemps promus aux dépens d'opérateurs publics (collectivités territoriales), aujourd'hui rattrapés par une politique de désengagement du secteur associatif du gouvernement, problèmes de tarifications insuffisantes des prestations et mise en lumière des conséquences fâcheuses de l'intervention d'opérateurs privés dans les services à la personne, la première étant l'absence de garantie quant à la qualité des prestations. Alors, et si le salut venait de la création d'un service public d'aide à domicile qui garantisse à tous l'accès à ses prestations et la qualité de celles-ci ? Cette hypothèse n'est même pas évoquée par les auteurs du rapport...

C. UNE OFFRE D'HÉBERGEMENT EN INSTITUTION DISPARATE

L'hébergement des personnes âgées dépendantes se fait spécifiquement et principalement au sein du secteur médico-social dans les maisons de retraites médicalisées – les EHPAD, établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – et en accueil temporaire (accueil de jour, de nuit et hébergement temporaire). Mais il peut également se faire au sein des services du secteur hospitalier : courts séjours gériatriques, soins de suite et de réadaptation et unités de soins de longue durée (USLD). Il est plus exceptionnel au sein des maisons de retraites et autres petites unités de vie, telles les maisons d'accueil rurales pour personnes âgées développées par la Mutualité sociale agricole et les logements foyers.

Un constat :

À l'évidence, la transformation progressive des maisons de retraite en lieux de fin de vie comportant des prises en charge sanitaires tout autant que médico-sociales, exige une politique spécifique car les modes de gouvernance et les circuits de financement restent complexes et les résultats ne sont pas toujours des plus efficaces pour les personnes âgées.

1. La complexité de la planification des besoins

La multiplicité des autorités de tutelle et des opérateurs :

La Caisse nationale d'assurance-maladie

L'État définit, met en place et pilote les politiques nationales en matière d'hébergement par l'intermédiaire de la Direction générale de la cohésion sociale et de la Direction générale de l'hospitalisation et des soins

Les agences régionales de santé doivent définir et mettre en œuvre une planification de leurs actions au moyen d'un projet régional de santé (PRS) soumis pour avis à la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie, aux collectivités territoriales et au représentant de l'État dans la région.

Les départements exerçant une compétence dans le domaine de l'action sociale en faveur des personnes âgées jouent un rôle essentiel en matière de planification et de coordination puisqu'ils définissent tous les cinq ans des schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale.

Les régions ont la responsabilité de la planification sanitaire, et plus particulièrement du suivi des plans régionaux pour la santé publique et des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) pour les soins hospitaliers.

- L'éclatement du pilotage national ou territorial

L'adoption de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, en mettant en place des agences régionales de santé (ARS) devrait réduire ces difficultés en permettant un rapprochement des secteurs sanitaire et médico-social.

Installées depuis avril dernier, les ARS n'ont pas encore pu donner toute leur mesure ni répondre aux inquiétudes du secteur médico-social d'être quelque peu marginalisé au profit du secteur sanitaire. Cependant, outre le fait que les organes de pilotage des ARS comprennent des représentants du secteur médico-social et que les crédits propres de ce secteur ont été sanctuarisés selon le principe dit de « fongibilité asymétrique » des enveloppes, il paraît peu vraisemblable que les ARS puissent ne pas mettre en œuvre les directives du Gouvernement et ignorer l'ampleur croissante du vieillissement de la population et de la nécessité de sa prise en charge.

Vœux pieux et soutien convenu à la politique du gouvernement en matière sanitaire, rien ne permet de penser que les ARS seront en capacité de résoudre les problèmes soulignés au premier paragraphe...

2. Le manque de lisibilité des financements

Depuis 1997, est mis en place dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, un processus dit de médicalisation, défini par l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, destiné à assurer entre les établissements, une plus grande égalité des coûts des prises en charge et à améliorer la qualité globale de cette prise en charge.

Ces établissements doivent signer une convention pluriannuelle (cinq ans) avec le président du conseil général et le directeur général de l'agence régionale de santé (qui remplace depuis 2010, le représentant de l'État dans le département). Son adoption conditionne la mise en place d'une tarification renforçant les financements de l'établissement et prenant en compte le coût de la prise en charge de résidents en perte d'autonomie.

Cette tarification est composée de trois tarifs journaliers Il faut distinguer :

- un tarif hébergement, arrêté par le président du conseil général et acquitté par le résident, Ce tarif recouvre l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement, ainsi que la totalité des amortissements des coûts mobilier et immobilier (construction ou travaux d'aménagement) ;
- un tarif soins, arrêté par le directeur général de l'agence régionale de santé et acquitté par l'assurance maladie, sous forme d'une dotation globale dite forfait. Son périmètre est à géométrie variable selon que l'établissement a opté ou non pour un tarif partiel et qu'il dispose d'une pharmacie à usage interne, auquel cas les dépenses de médicaments sont incluses dans le tarif (sinon, elles sont prises en charge dans le forfait aux mêmes conditions que si le résident était à son domicile) ;
- un tarif dépendance, arrêté par le président du conseil général et acquitté par le résident, lequel peut bénéficier d'une allocation personnalisée d'autonomie.

Le budget des établissements doit intégrer les trois sections tarifaires de manière distincte et étanche. Si les postes des dépenses sont majoritairement rattachés à une seule section tarifaire, aucune charge d'exploitation ne peut s'imputer à la fois sur la section dépendance et sur la section soins, à l'exception des rémunérations des aides-soignants et des aides médico-psychologiques réparties à hauteur de 30 % sur la section dépendance et à hauteur de 70 % sur celle des soins. De même, les rémunérations des agents des services hospitaliers sont réparties à hauteur de 30 % sur la section tarifaire dépendance et à hauteur de 70 % sur celle de l'hébergement

Le plan Solidarité-Grand âge a décidé de faire évoluer la tarification ternaire afin de tenir compte de l'un de ses objectifs consistant à renforcer les moyens des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes accueillant les patients les plus dépendants. Pour ce faire, de nouvelles conventions, dites de seconde génération, sont proposées... la dotation des soins servie à chaque établissement par la Caisse nationale d'assurance maladie en fonction d'une mesure objective – et non plus forfaitaire – par l'outil Pathos de la charge en soins techniques requis par les résidents d'un même établissement.

Procédure d'une rare complexité, la « pathossification » a néanmoins permis d'augmenter non seulement la dotation des établissements ciblés mais également les taux d'encaissement des résidents lesquels atteignent une moyenne de 29,83 % pour une moyenne de 26,2 % pour les conventions de première génération.

3. L'inadaptation de l'offre d'hébergement

a) La tarification inéquitable des forfaits hébergement

Ainsi qu'on l'a vu, les tarifs des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes se composent en partie d'un forfait hébergement qui recouvre notamment les amortissements immobilier. Le coût d'investissement moyen dans les structures d'accueil a progressé de 76 000 à 110 000 euros par lit de 2003 à 2009, cette hausse pouvant s'expliquer par l'importance de la pression foncière, par la hausse des coûts de construction et par les exigences de la puissance publique en matière de normes.

Le poids de l'amortissement immobilier peut varier de 10 % à 30 % selon la localisation géographique de l'établissement, sa date de construction ou les coûts de cette dernière et la mise à disposition gratuite ou non d'un terrain par une collectivité territoriale ou hospitalière.

b) L'inadéquation de l'offre

les personnes âgées entrent davantage en établissement pour y finir leur vie que pour y passer leur retraite et de plus en plus d'établissements comptent désormais des unités de soins palliatifs en leur sein afin de prendre en charge correctement des résidents qui arrivent de plus en plus souvent en urgence, ayant retardé le plus longtemps possible l'abandon de leur domicile.

Il apparaît en effet qu'au cours de ces toutes dernières années, l'offre d'hébergement a commencé à ne pas correspondre à la demande, se portant « de manière générale mais surtout en milieu urbain, vers des constructions neuves apportant un grand confort hôtelier mais imposant des tarifs que de très nombreux clients potentiels jugent hors de portée ».

c) Le déploiement insatisfaisant des structures d'hébergement temporaire

Touchant en profondeur à notre modèle social, à l'idée que nous nous faisons de notre société, à notre attachement à un niveau de protection sociale élevé, c'est ensemble que nous devons définir, dans la concertation, un nouveau contrat social permettant d'assurer à tous les Français un minimum garanti face au risque de la perte d'autonomie. C'est ensemble que nous devons nous interroger sur la forme que doit prendre cette prise en charge de la dépendance dans des contextes, démographique, économique et budgétaire difficiles, et c'est ensemble que nous devons rechercher comment en garantir une application équitable.

III.- LES PROPOSITIONS DE LA MISSION

A. UNE PRÉVENTION PLUS DYNAMIQUE DES PERTES D'AUTONOMIE

1. *Accroître l'efficacité des actions de prévention des pertes d'autonomie*
2. *Renforcer l'efficacité des actions des intervenants auprès des personnes âgées*
3. *Encourager le recours aux nouvelles technologies*

B. UNE POLITIQUE PLUS COHÉRENTE DE PRISE EN CHARGE

1. *Conforter le rôle des agences régionales de santé dans le secteur médico-social*
2. *Poursuivre l'actuel ajustement des dépenses*
3. *Assurer une prise en charge plus équitable*

C. DES LEVIERS DIVERS POSSIBLES

1. *Créer une assurance universelle spécifique de la perte d'autonomie*
 - a) *Définir un cahier des charges des contrats perte d'autonomie du grand âge*
 - b) *Assurer l'ensemble des dépendances*
2. *Maintenir à titre transitoire une prise en charge publique*
 - a) *Étendre le champ des contributeurs au financement public*
 - b) *Redéployer l'allocation personnalisée d'autonomie*
 - c) *Inciter dès à présent les plus de cinquante ans à mieux utiliser leur épargne actuelle pour s'assurer contre l'aléa de la dépendance*

Ainsi que le rappelait Philippe Séguin, Premier président de la Cour des comptes, nous ne sommes plus du tout dans le contexte de la création de notre système de protection sociale puisque « d'un côté, nous devons faire face à une explosion des dépenses; de l'autre, la mondialisation fait du poids des charges sociales une hypothèque pour la compétitivité de notre pays » ce qui impose, « des réformes profondes, des réformes de fond, non des demi-mesures ou des ajustements ponctuels. Et ces réformes doivent porter autant sur les dépenses que sur les recettes. En d'autres termes, il faut rationaliser les dépenses et remettre à plat le système de financement en gardant à l'esprit deux impératifs : celui de la compétitivité de notre économie et celui de l'équité ».

Ne pouvant que partager cette analyse, la mission a souhaité préconiser une politique plus dynamique de la prévention des pertes d'autonomie (A) et la mise en place d'une prise en charge plus cohérente des personnes âgées dépendantes (B) avant de proposer de nouveaux leviers de financement (C).

A. UNE PRÉVENTION PLUS DYNAMIQUE DES PERTES D'AUTONOMIE

Un débat sur le financement de la perte d'autonomie des personnes âgées ne saurait faire l'économie de la question de la prévention de la dépendance car prévenir, c'est aussi limiter les dépenses à venir et il est aujourd'hui avéré qu'un certain nombre de troubles ou de maladies peuvent être à l'avance traités ou du moins retardés. Il est donc nécessaire de mieux sensibiliser à ces situations de fragilité non seulement les personnes en charge des générations du troisième âge mais aussi chacun d'entre nous et de rechercher quelle place accorder aux nouvelles technologies pour assurer la protection des personnes âgées.

1. Accroître l'efficacité des actions de prévention des pertes d'autonomie

Un projet de consultation de longévité laquelle serait gratuitement proposée aux personnes lors de leur cessation d'activité ou à partir de cinquante-cinq ans, en cas d'inactivité. Cette consultation, rémunérée à un tarif correspondant à deux fois et demie le tarif d'une consultation de généraliste par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire, serait fondée sur un auto-questionnaire comprenant 102 items regroupés sous trois chapitres : les conditions de vie (niveau de formation et parcours professionnel, relations familiales et sociales, habitudes de vie), l'état de santé (antécédents familiaux et personnels, dépistage, vaccinations et traitements médicamenteux) et la couverture sociale.

Proposition n°1 : *Mettre en place, sans délai, une consultation gratuite de prévention destinée à toute personne âgée de plus de soixante ans.*

Une mesure gadget :

Examinons d'abord le contenu : les conditions de vie sont censées être déjà connues et renseignées par le médecin traitant ; de même pour l'état de santé ; quant à la couverture sociale, elle est un élément d'accès aux soins qui détermine la précarité d'une personne plus que sa dépendance...

Elle n'est pas en l'état une consultation diagnostique des troubles neurodégénératifs qui pourrait s'inscrire dans une campagne volontariste de dépistage national à l'instar des campagnes de dépistage des cancers.

Et puis pourquoi une seule consultation alors que les critères qui définissent la perte d'autonomie d'un individu sont par définition multiples et évolutifs ? Pourquoi à partir de 60 ans et non à partir de 55 ans (prévenir au plus tôt) ou au contraire après 65 ans (compte tenu des progrès médicaux et du gain de longévité) ? Et pour quels objectifs : dépistage de facteurs à risque d'une future dépendance : mais quels sont ils, ne devraient ils pas être

listés à l'instar des critères de précarité ; faut-il s'appuyer sur l'échelle AGGIR ? Et après que faire si des soins ou une prise en charge sont jugés nécessaires ?

b) Assurer un suivi du plan national « nutrition santé » au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Selon le Conseil national de l'alimentation, en 2005, ces complications nutritionnelles touchaient 30 % des personnes entrant dans ces établissements et 16 à 60 % de leurs résidents, soit au minimum de 100 000 à 200 000 personnes.

Proposition n°2 : *Adjoindre à chaque convention tripartite liant une agence régionale de santé, un conseil général et un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes, un cahier des charges spécifique audit établissement et relatif aux bonnes pratiques nutritionnelles devant être appliquées à l'égard de ses résidents.*

Comment accepter de tels niveaux de complications nutritionnelles dans des établissements pourtant médicalisés ? Cela repose le problème de la formation des équipes soignantes des établissements mais aussi des soignants intervenants dans ces lieux.

Et les personnes restant à domicile ? Pour rappel, les consultations diététiques ne sont toujours pas prises en charge et remboursées par la sécurité sociale : elles seraient pourtant bien utiles pour une évaluation des besoins nutritionnels des personnes âgées dépendantes ou non (pour être dans le cadre d'une prévention active).

c) Prévenir les accidents indésirables évitables

Proposition n°3 : *Veiller à ce que les agences régionales de santé définissent les objectifs chiffrés et les moyens d'une prévention des accidents indésirables évitables frappant les personnes âgées sur leur territoire et qu'à ce titre, elles s'assurent que tous les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ne disposant pas de pharmacies intérieures ont recours à un pharmacien référent.*

Nouvelle proposition louable mais qui ne répond que partiellement au problème de santé publique que représente les accidents iatrogènes nés de la polymédication et la surmédication

2. Renforcer l'efficacité des actions des intervenants auprès des personnes âgées

a) Former les aidants professionnels et informels intervenant au domicile des personnes âgées

Proposition n°4 : *Inclure dans les diverses conventions de partenariat sur la formation des intervenants auprès de*

personnes âgées dont la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie est signataire, une formation à la reconnaissance et au signalement des situations de fragilité de ces personnes.

Formation indispensable des aidants

b) Accroître la sensibilisation du corps médical

Proposition n°5 : *Créer à destination des médecins généralistes des modules de formation initiale et continue relatifs à l'utilisation de protocole de diagnostics des maladies dégénératives invalidantes.*

– Créer à destination des médecins généralistes et des auxiliaires médicaux des modules de formation initiale et continue relatifs à la reconnaissance et à la prévention des situations de fragilité et des troubles psychiques des personnes âgées.

Oui mais ne peut aboutir à ses objectifs que par le caractère rendu obligatoire de ces formations en particulier dans le cadre de la formation continue

c) Coordonner les parcours de soins

Proposition n°6 : *Confier à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie la direction d'une étude sur les conditions d'hospitalisation des personnes âgées et, en fonction des enseignements de cette étude, l'engager à définir, en collaboration avec les agences régionales de santé, les actions à mener pour remédier aux éventuels dysfonctionnements constatés notamment, par une anticipation de ces situations par les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.*

Une étude : pourquoi pas ? Mais quelles sont les causes de ces dysfonctionnements :

- Manque de lits dans les hôpitaux, conséquence de la politique de regroupements, qui rend l'accueil programmé ou en urgence des personnes âgées inadapté et source potentielle d'aggravation de l'état de santé des personnes hospitalisées.
- Surcharge de travail des médecins dont le nombre ne fait que diminuer rendant la coordination anticipatoire ville/ hôpital difficile sinon impossible : quel médecin n'a pas été confronté aux difficultés de programmer une hospitalisation d'une personne âgée, ne serait-ce que pouvoir contacter son correspondant ? Et que dire des sorties précipitées d'hospitalisation qui devraient n'être possible qu'après accord du médecin traitant ou coordinateur de l'EHAPD ?
- Manque de ressources en personnels à vocation médicosociale dans les hôpitaux et en ambulatoire, et de moyens à leur disposition.

3) Encourager le recours aux nouvelles technologies

Proposition n°7 : Financer au titre du grand emprunt national des actions de recherche-développement sur les technologies d'aide à l'autonomie ainsi que des subventions au profit des petites et moyennes entreprises innovantes de ce secteur.

??? Emprunter encore quand M^{me} Rosso se faisait le défenseur des équilibres comptables publics... ?

Proposition n°8 : Définir au sein des programmes relatifs au développement de la télémédecine des plans régionaux de santé, les moyens d'une mise en place progressive de réseaux de télémédecine au sein des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Evidemment, c'est le sens de l'histoire du progrès à condition que ce développement se fasse sur la base d'une amélioration de la qualité des soins.

B. UNE POLITIQUE PLUS COHÉRENTE DE PRISE EN CHARGE

1. Conforter le rôle des agences régionales de santé dans le secteur médico-social :

Se pose le problème de la représentation des collectivités territoriales au sein des ARS et de leur pouvoir.

2. Poursuivre l'actuel ajustement des dépenses

Rationalisation des dépenses de la prise en charge des personnes âgées sans pour autant en diminuer la qualité. Parallèlement à la poursuite des objectifs d'une meilleure gestion de l'offre de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie par les départements peut également être rendue plus efficace.

Où l'on reparle de maîtrise comptable des dépenses de la prise en charge des personnes âgées dont on a vu qu'elles étaient partagées pour moitié entre les soins et entre les prestations d'aides spécifiques à la personne : cela ne dispense pas d'une gestion rigoureuse mais pose le problème d'accès de tous à des prestations de qualité dans une perspective de développement considérable des besoins dans les 30 prochaines années. L'exemple de la maîtrise comptable des dépenses de santé illustre l'inefficacité et la dangerosité de cette politique de rationalisation.

a) Améliorer la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie.

Développement de la télégestion = réduction des personnels. Le souhait de la mission.

b) Poursuivre les efforts de médicalisation et de convergence

L'intégration des dépenses de médicaments dans le tarif soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur fait l'objet d'une expérimentation depuis 2009 et doit être évaluée par un rapport qui doit être remis au Parlement en octobre 2010.

La mission constatant que la réforme des financements des EHPAD constitue une étape fondamentale de l'actuelle politique de généralisation des bonnes pratiques budgétaires entend que cette réforme soit menée sans encombre. Elle recommande que l'autorité du médecin coordonnateur en ce domaine soit affirmée et qu'elle soit plus particulièrement inscrite dans le contrat type relatif aux conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les EHPAD qui doit faire l'objet d'un prochain décret.

Redonner un rôle central au médecin coordonnateur, c'est d'abord créer une filière qui leur est propre : médecins salariés temps pleins exerçant autant des fonctions d'encadrement, de coordination que de soins, en particulier d'urgence.

3. Assurer une prise en charge plus équitable

a) Redéfinir le système de péréquation de la distribution de l'allocation personnalisée d'autonomie sur le territoire national

b) Réduire le reste à charge en établissement

La mission propose d'interdire à l'avenir l'imputation, sur les prix journaliers demandés aux résidents, des coûts des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements, lesquels devront être pris en charge par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et par les collectivités sur le territoire desquelles est implanté l'établissement.

Proposition n°9 : Interdire l'imputation des amortissements mobiliers et immobiliers des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes sur les prix de journée demandés aux résidents.

Juste et nécessaire mesure à prendre mais comment la financer ? La commission y répond en reportant la charge sur les départements dont elle a pourtant rapporté les énormes difficultés et qui ne pourrait y faire face qu'en relevant le niveau des prélèvements fiscaux, et sur la CNSA qui tirent ses ressources de prélèvements (CSG et CSA) qui pèsent pour l'essentiel sur les salariés exonérant les revenus financiers et plus largement du capital.

c) Assurer une même obligation de contribution des familles sur l'ensemble du territoire

Proposition n°10 : *Inscrire dans le code civil que l'obligation alimentaire ne peut pas concourir au remboursement des aides sociales à l'hébergement accordées par les départements aux personnes âgées dépendantes résidant dans un établissement.*

Proposition n°11 : *Instituer pour les demandeurs du bénéfice d'une allocation personnalisée d'autonomie possédant un patrimoine d'au moins 100 000 euros, un droit d'option entre une allocation réduite de moitié mais n'autorisant pas un futur recours sur la succession de son bénéficiaire et le service d'une allocation à taux plein, pouvant être récupérée sur la succession future du bénéficiaire pour un montant maximum de 20 000 euros.*

Mesures techniques, au premier abord « généreuses » mais contestables car n'étant que la création de nouvelles mesures fiscales avantageuses (niches fiscales).

C. DES LEVIERS DIVERS POSSIBLES

Alors que l'actuelle dépense annuelle publique de 22 milliards d'euros engagée pour prendre en charge les pertes d'autonomie des personnes âgées est financée par des budgets eux-mêmes en déficit, que cette dépense ne cesse et ne cessera pas de croître, et que le poids des contributions obligatoires a atteint un niveau critique, comment continuer de financer ce risque sans accroître une situation d'endettement publique inégalée et comment protéger des personnes qui nécessitent une aide du fait même de leur faiblesse ?

Il est de notre responsabilité politique d'assumer le fait que le financement public est désormais incapable de procurer les futurs milliards de dépenses que coûtera dans un avenir proche la dépendance des personnes âgées. Nous nous devons donc d'organiser en conséquence, avant qu'il ne soit trop tard, un dispositif novateur (1) dont la mise en place progressive implique un aménagement à titre transitoire du système actuel (2) et la définition d'une nouvelle gouvernance (3).

1. Créer une assurance universelle spécifique de la perte d'autonomie

*Cette perception mature et de plus en plus partagée des Français du risque que fait peser la dépendance des futures personnes âgées sur les jeunes générations – constituant pour ces dernières une charge financière insupportable – est une chance qu'il nous faut saisir immédiatement. Elle rend en effet possible, aujourd'hui, **la construction à moindres frais** d'un dispositif d'assurance universelle obligatoire dont la charge générationnelle et intra-générationnelle doit être également répartie entre les personnes les plus aisées et les plus pauvres, entre celles qui se maintiendront en bonne santé et celles qui perdront leur autonomie.*

Les sociétés d'assurance, ayant désormais une vingtaine d'années d'expérience de la gestion du risque dépendance, estiment avoir suffisamment défini le risque statistique – deviendront dépendants 15 % d'une génération atteignant l'âge de 65 ans et 60 % d'une génération atteignant 90 ans – pour proposer des contrats assurant des rentes mensuelles moyennes de 1 000 euros par mois pour des cotisations mensuelles s'élevant à 30 euros pour une personne de soixante ans et à 21 euros pour une personne de quarante ans.

a) Définir un cahier des charges des contrats perte d'autonomie du grand âge

*La mission propose de rendre obligatoire dès cinquante ans la souscription d'une assurance des personnes contre la perte d'autonomie auprès de l'établissement labellisé de leur choix : mutuelle, société de prévoyance ou société d'assurance. **Le respect d'un cahier des charges, défini par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), permettrait cette labellisation des établissements dont les contrats qui en respecteraient les clauses devraient notamment :***

- fixer un socle minimal de couverture fondé sur des montants de cotisations plafonnées ;
- garantir les dépendances d'une gravité importante ou très importante (correspondant aux actuels GIR 1 à 3) liées à l'âge et au grand âge. Leur évaluation se ferait par des équipes indépendantes formées et contrôlées par la CNSA, au moyen du référentiel d'éligibilité qui devrait prochainement être défini par le groupe de travail constitué à cet effet par la CNSA ;
- prévoir des revalorisations périodiques des cotisations et des rentes, à des taux et des dates qui devraient être déterminées en concertation avec la CNSA ;
- garantir des indemnités calculées sur les montants versés, si l'assuré devait temporairement cesser de cotiser ;
- autoriser une portabilité des droits lorsque le bénéficiaire change d'assureur ou passe d'un régime d'assurance collective à une assurance individuelle ;
- ne pas contenir de délais de franchise à compter de la reconnaissance de l'état de dépendance et ni d'autres clauses d'exclusion que celles qui auront été définies par la CNSA.

b) Assurer l'ensemble des dépendances

*Les mutuelles, sociétés de prévoyance et sociétés d'assurance devraient assurer progressivement la prise en charge de toutes les personnes atteintes par une perte d'autonomie quelle qu'ait été la durée de leur assurance, dans la limite du socle minimal garanti pour le degré de dépendance qui est le leur. À cette fin, **la mission propose que ces institutions constituent et gèrent un fonds alimenté par un***

pourcentage prélevé sur chaque cotisation, dont elles définiront le montant en commun.

Proposition n°12 : *Rendre obligatoire dès l'âge de cinquante ans, la souscription d'une assurance perte d'autonomie liée à l'âge et assurer son universalité progressive par la mutualisation des cotisations et la création d'un fonds de garantie.*

C'est le cœur du rapport et sa finalité : Passer d'une logique de financement public et socialisé basée sur la solidarité à une logique assurantielle privée individuelle. C'est la logique (idéologie) du 5^{ème} risque : la dépendance est un risque nouveau, lié à l'âge, source de dépenses qui ne peuvent être assumées par toutes les générations... Il ne répond pas aux critères de financements basés sur la solidarité (coûteux, insuffisants, mal gérés). Il peut être individualisé, extrait des risques gérés par l'Assurance maladie et finalement privatisé car les assurances s'en portent garant. Un tel financement qui se substituerait à l'APA (dans un premier temps) tourne le dos aux principes d'égalité d'accès à la prise en charge de la dépendance à laquelle toute personne doit avoir droit.

Créer un cinquième risque, le risque dépendance, et en confier tout ou partie du financement et donc de la gestion aux assurances privées revient à créer de toutes pièces un nouveau marché qui ne peut être viable que s'il est lucratif. Et tout est fait pour qu'il le soit ou le devienne : obligatoire, il garantit au secteur assurantiel un niveau de rendement suffisant ; exclusion des GIR 4 du dispositif (l'autre cadeau aux assurances) : c'est ne pas financer la grande masse des personnes de dépendante « faible » auprès de qui doivent porter tous les efforts de prévention primaire et secondaire pour limiter le risque d'aggravation.. Mais alors qui les prendra en charge ? Et puis pour garantir quoi : Le financement des aides à domicile ? Des équipements ? L'expérience des services privés d'aides à domicile est rapportée par le rapport lui-même comme négatif.

Et comment alors garantir un système juste, efficace et qui puisse répondre aux besoins dont il a été mesuré dans le rapport qu'ils n'étaient pas couverts par les actuels dispositifs ? Le rapport évoque les projections optimistes des assurances qui prévoient des rentes moyennes de 1000 euros / mois ce qui ne résout toujours pas à ce niveau le problème du sous financement global de la dépendance : les coûts en EHPAD par exemple sont de 2500 à 5000 euros/mois !

Le rapport propose l'établissement d'un cahier des charges pour ces contrats : c'est surtout définir un bouclier « dépendance » (le socle minimal garanti) qui sera

attractif et lucratif à l'exemple des contrats d'assurance complémentaires de base, si rentables, qui ne couvrent que les risques médicaux majeurs (rares) et laissent à charge les dépenses courantes de santé. C'est dire que la dépendance ne répond plus au principe de la Sécurité sociale, soigner selon ses besoins et non selon ses moyens. La logique du 5^{ème} risque est bien celle du démantèlement de la SS, son écartèlement.

2. Maintenir à titre transitoire une prise en charge publique

a) Étendre le champ des contributeurs au financement public

Fondé sur un principe de solidarité générale, le financement de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) par la contribution solidarité autonomie et par une fraction de la contribution sociale généralisée n'est pas satisfaisant parce qu'il ne permet aujourd'hui de financer que 30 % de la prise en charge, abandonnant aux départements la majeure partie d'une dépense qu'ils ont de plus en plus de mal à assumer et parce qu'il laisse aux personnes et à leurs familles une lourde part de financement qui ne cesse de croître.

Proposition n°13 : *Revoir les taux de la contribution sociale généralisée applicable aux pensions de retraite afin d'aménager une meilleure progressivité de ces derniers en fonction des montants de ces pensions et appliquer un taux de 7,5 % aux montants les plus élevés.*

La contribution solidarité autonomie (CSA), qui génère plus de 2 milliards de revenus annuels depuis trois ans, n'est pas équitablement partagée entre tous les Français puisqu'elle ne touche que les salariés (en contrepartie d'une journée supplémentaire de travail non rémunéré, leurs employeurs versent une contribution de 0,3 % de leurs rémunérations) et les détenteurs de patrimoine ou de produits de placements (qui versent une contribution additionnelle de 0,3 % au prélèvement social de 2 % assis sur ces revenus).

Proposition n°14 : *Faire progressivement participer à la contribution solidarité autonomie, les professions exemptées par l'application de taux gradués en fonction des montants de leurs revenus.*

Nouveaux prélèvements sur les salaires....

b) Redéployer l'allocation personnalisée d'autonomie

Proposition n°15 : *Réserver le bénéfice de l'allocation personnalisée d'autonomie aux personnes les plus dépendantes classées dans les groupes iso ressources 1 à 3 de la grille AGGIR.*

Sous couvert de bonne gestion et de réorientation des

efforts vers ceux qui en ont le plus besoin, application des règles qui ont prévalu pour le secteur sanitaire, réduire le niveau de prestation, pousser les personnes à prendre une assurance privée pour couvrir les risques non couverts par la solidarité.

Préparation du marché assurantiel...

c) Inciter dès à présent les plus de cinquante ans à mieux utiliser leur épargne actuelle pour s'assurer contre l'aléa de la dépendance

Proposition n°16 : *Alléger le régime fiscal applicable aux rentes viagères lorsque ces dernières sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie avérée.*

Cadeau fiscal et apprentissage (conditionnement) au futur dispositif...

3. Confier la gouvernance du nouveau dispositif à une Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie aux pouvoirs renforcés

La mission propose en conséquence que soient renforcés la gouvernance de la politique médico-sociale par la CNSA et ses moyens.

Avec la présence du secteur privé ?

Proposition n°17 : *Renforcer la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans ses prérogatives d'opérateur principal des politiques médico-sociales, affirmer sa gouvernance de la gestion de la couverture du risque de la perte d'autonomie et la doter des moyens nécessaires à ses missions.*

Contribution des députés du groupe SRC membres de la mission

Un constat partagé mais des propositions inacceptables

La mission d'information concernant le financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées a permis de rappeler certains constats toujours utiles même si les rapports ne manquent pas sur le sujet. Devant la liste des carences de la politique menée dans ce domaine, on ne peut que déplorer le manque d'ambition du Gouvernement actuel. Dans son introduction, le rapport rappelle la promesse faite par le Président de la République en 2007, de créer un « cinquième risque » de protection sociale. Force est de constater que l'on a depuis trois ans des annonces à intervalles réguliers. Mais elles n'ont été jusque là suivies d'aucun effet.

La dernière a été faite par François Fillon lors d'une rencontre avec la commission exécutive de l'Association des départements de France (ADF) sur la situation financière des conseils généraux, à la suite du rapport de Pierre Jamet rendu le 22 avril dernier. Le Premier ministre a dit que le Gouvernement allait « *engager la réforme de la dépendance avant la fin de cette année pour qu'elle soit opérationnelle en 2011* ».

On peut se féliciter de l'annonce d'un texte très attendu par l'ensemble des professionnels du secteur et par les personnes concernées et leurs familles. Toutefois les propositions avancées dans le présent rapport préfigurent en quelque sorte les choix politiques qui seront faits lors de l'examen de ce prochain texte. Certains de ces choix ne sont pas acceptables pour les députés du groupe SRC qui ont participé activement à cette mission.

Un constat qui marque l'échec des politiques en matière de vieillissement depuis 2002

L'allongement de l'espérance de vie dans notre pays constitue une chance, d'autant qu'elle s'est accompagnée d'une augmentation de la durée de vie sans incapacité. C'est un progrès étroitement lié aux réussites du modèle social français. Ce constat, qui n'est pas nouveau, nécessite de prendre en compte la prise en charge des personnes confrontées à la dépendance. Le nombre de personnes en perte d'autonomie augmente, et donc les dépenses publiques augmentent.

L'ambition de mettre en place un véritable cinquième risque de protection sociale traitant de l'ensemble de limitation de l'autonomie n'est pas abordée dans ce rapport ; le choix a été fait de traiter uniquement la dépendance des personnes âgées. Le rapport précise que cet objectif de convergence entre les politiques du handicap et en matière de vieillissement prévu par la loi du 30 juin 2004 est mis de côté en raison de l'urgence de la situation et des effets de la crise. Cela révèle une volonté de réforme à minima.

Le rapport dresse un constat alarmant des finances publiques laissant augurer une seule solution possible au vu de l'ampleur des prélèvements obligatoires actuels. On peut néanmoins rappeler les choix délibérés de ce gouvernement qui a créé un bouclier fiscal et des cadeaux fiscaux pour les personnes les plus aisées, n'a pas mené de politique active en matière d'emploi et demande aux salariés de faire toujours plus d'efforts. Par ailleurs il faut rappeler le rôle joué par notre système de protection sociale en tant qu'amortisseur de la crise.

La France consacre 1,1 % de son PIB à la prise en charge de la dépendance quand, dans les pays européens, le total des dépenses consacrées à la dépendance oscille entre 1 et 3 % du PIB. Le rapport souligne l'augmen-

tation importante du nombre de bénéficiaires de l'APA, créée par la loi du 20 juillet 2001, et les besoins de financement. Mais il faut avant tout saluer l'avancée formidable qu'a constituée sa mise en place par M^{me} Paulette Guinchard, secrétaire d'État aux personnes âgées.

La montée en flèche du nombre de bénéficiaires (1,1 million en 2008) dès sa création constitue le meilleur témoin de ce succès, qui s'est accompagné d'une amélioration importante des conditions de vie des personnes âgées, d'une meilleure prise en compte du soutien à domicile et a permis de reculer l'âge moyen d'entrée en établissement.

Depuis sa création, l'État s'est peu à peu désengagé de son financement : **sa participation dans le financement de l'APA est passée de 43 % en 2002 à 28,5 % en 2010.** Désormais, ce sont les départements qui supportent l'essentiel de l'effort nécessaire pour financer l'APA et ils réclament que la compensation financière en la matière obéisse aux principes de la décentralisation, comme l'a d'ailleurs rappelé le rapport Jamet : **P'État doit prendre ses responsabilités** en restant le garant de la solidarité nationale. En laissant aux départements le soin de financer une part toujours croissante de la dépendance, il laisse croître des inégalités territoriales déjà très fortes.

Le rapport souligne fort justement la question du reste à charge pour les personnes : que ce soit à domicile (1 800 euros par mois en moyenne) ou en établissement (2 500 euros par mois en moyenne en EHPAD), elle reste bien trop élevée. Ces charges sont plus particulièrement élevées pour les classes moyennes.

Les travaux menés par la mission ont permis de pointer les lacunes de l'évaluation de la dépendance. Les inégalités qui en découlent peuvent donner à nos concitoyens l'amère impression que l'entrée dans la dépendance n'aura pas les mêmes conséquences selon leur lieu d'habitation. Sur le terrain, les progrès constatés depuis l'instauration du nouveau guide de remplissage de la grille AGGIR ne masquent pas les efforts insuffisants en ce qui concerne la formation des évaluateurs. À ce sujet, rappelons que la CNSA a fait un travail intéressant sur cette question appelant à harmoniser le système d'évaluation pour toutes les pertes d'autonomie. Il n'en est pas question ici.

Le présent rapport insiste utilement sur la grave crise du secteur à domicile, sur laquelle les députés du groupe SRC tentent d'alerter le Gouvernement depuis plusieurs mois, et le plan présenté récemment ne permettra certainement pas de la résoudre. Il y a urgence en la matière et aucune réponse satisfaisante n'est avancée pour sauver les associations qui jouent un rôle essentiel dans le

maintien à domicile. Les résultats des groupes de travail lancés par la direction générale de la cohésion sociale, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les trois inspections générales risquent d'arriver trop tard pour les employés de ce secteur pourtant dynamique. Un des constats que nous partageons également concerne le caractère inéquitable de la contribution solidarité autonomie (les salariés effectuent une journée de travail non rémunéré et leurs employeurs versent une contribution de 0,3 % de leurs rémunérations) qui a été créée par la loi du 30 juin 2004. Lors de sa discussion, les députés du groupe SRC avaient dénoncé ce choix de faire porter en majeure partie le financement sur les salariés, et le fait que cette ressource serait de toute façon insuffisante.

Au final, le tableau dressé ressemble étrangement à un constat d'échec des politiques menées par la majorité gouvernementale depuis 2002. Le plan Solidarité Grand-âge (2006-2012) devait « *donner aux personnes âgées dépendantes le libre choix de rester chez elles* », « *adapter l'hôpital aux personnes âgées* » et « *assurer pour l'avenir le financement solidaire de la dépendance* » : on est encore très loin du compte, sans parler des engagements jamais tenus sur les ratios moyens de nombre de soignants autour des personnes âgées. Depuis, les plans se sont succédé sans aucune coordination, sans évaluation et sans suivi. Ainsi la proposition de l'instauration d'une consultation gratuite de prévention pour les plus de soixante ans, alors qu'une mesure identique a déjà été prévue – mais jamais appliquée – par le plan Solidarité Grand-âge et le plan Bien-Vieillir, symbolise les promesses non tenues en la matière.

Des propositions inacceptables, notamment le choix d'une logique assurantielle individuelle

Les propositions avancées concernant l'amélioration de la prévention concernant la perte d'autonomie sont intéressantes, mais on peut, hélas, douter de la volonté gouvernementale actuelle pour les mettre en œuvre.

La principale disposition inacceptable pour nous consiste dans le remplacement de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA) par une assurance universelle spécifique de la perte d'autonomie qui serait obligatoire. Le choix d'un tel financement n'est pas la seule solution et de plus il aggraverait une prise en charge inégalitaire. Le recours aux assurances privées revient à confier l'assurabilité du risque dépendance au marché. Cela ne permettra pas de garantir des conditions justes, efficaces et susceptibles de répondre à la hauteur des besoins. De plus, la solution de « labellisation » des assurances et des mutuelles ne sera pas un garde-fou suffisant. Le rôle des assurances privées ne peut être envisagé qu'en complément d'un socle de base, accessible à tous, et financé par la solidarité nationale.

De même, la proposition de réserver l'APA aux personnes les plus dépendantes, en supprimant l'accès à cette aide pour les personnes en GIR 4, ce qui concerne près de 50 % des bénéficiaires est totalement contradictoire avec le constat de la nécessité d'une prise en charge adaptée et au plus tôt afin de préserver au maximum à chaque personne la possibilité de rester le plus autonome possible. Également, la proposition d'alléger le régime fiscal des rentes viagères lorsqu'elles sont destinées à prendre en charge une perte d'autonomie créerait une niche fiscale de plus qui ne bénéficierait pas aux plus modestes.

Toutes ces solutions ne conduisent pas à préserver le choix de la solidarité nationale. S'agissant d'un mécanisme de reprise sur succession, toutes les études montrent que cette solution conduit à l'échec. La possibilité la plus équitable serait le rétablissement d'un droit de succession sur les patrimoines les plus élevés qui permettrait de mobiliser les biens individuels dans le cadre de la solidarité nationale.

Les situations de handicap et de perte d'autonomie nécessitent d'apporter des réponses personnalisées et l'on doit réfléchir à une levée de la barrière d'âge à soixante ans. La prise en compte de la perte d'autonomie des personnes âgées constitue l'un des défis de notre société du XXI^{ème} siècle. Pour les députés du groupe SRC, l'aide à l'autonomie, quel que soit l'âge, doit rester dans le champ de la protection sociale. C'est pourquoi les raisons invoquées dans ce rapport pour renvoyer à la seule responsabilité individuelle la couverture de ce risque ne sont pas acceptables.

Il convient avant tout d'affirmer le principe de la solidarité nationale, et ensuite d'envisager un recours à la responsabilité individuelle de manière à mettre en place un droit universel, juste et équitable pour tous les citoyens. Nous devons bâtir un champ de prise en charge complet et rendre cohérent l'ensemble des aides à la compensation en préservant leur caractère universaliste, harmoniser les aides existantes tout en anticipant les besoins de financement à venir en leur affectant des ressources suffisantes et pérennes.

Réforme de la dépendance : le PS au milieu du gué

Par Frédéric Rauch

Economiste de formation, titulaire d'un DEA d'économie du travail et des politiques sociales, après quelques années d'enseignement, Frédéric RAUCH a été responsable du secteur économique du Comité d'entreprise de la CPAM de Paris, puis attaché parlementaire des groupes communiste et républicain du Sénat et de l'Assemblée nationale rattaché aux dossiers des commissions des affaires sociales des deux chambres parlementaires, en particulier aux dossiers santé et protection sociale.

Il est aujourd'hui collaborateur du groupe communiste du conseil général du Gers et responsable du secteur santé de la fédération du PCF gersois.

Opposé déclaré au projet de réforme de la dépendance de l'UMP, le Parti socialiste a introduit dans le programme de sa « Convention du Parti socialiste pour l'égalité réelle » un volet sur la dépendance qui définit le cadre d'une reconfiguration de la prise en charge de la dépendance et constitue aujourd'hui sa position nationale (cf. discours de Martine Aubry du 22 février 2011)

Ce texte revendique de répondre à l'ensemble des besoins liés à une perte d'autonomie par un service public approprié et une démarche volontariste visant à accompagner les individus en situation de perte d'autonomie. Cependant cette proposition socialiste de service public de l'autonomie reste faible et porteuse de dangers. Posée de manière institutionnelle, elle est réduite à une réponse de compensation de la dépendance et de coordination des dispositifs publics et privés existants, qui enferme la perspective et le niveau de cette réponse dans les contraintes budgétaires de la politique publique et la structure autour d'une prise en charge effective à deux vitesses.

Un programme pour la prise en charge de la dépendance en opposition affichée au projet de réforme de la droite

Avec la parution du rapport Rosso-Debord, la droite a posé ses marques d'une réforme de la dépendance.

Postulant que la compétitivité des entreprises doit être le primat de l'action publique, et qu'en conséquence, cette dernière doit réduire la voilure de sa dépense sociale, elle propose en substance de limiter le périmètre de couverture socialisée de la prise en charge de la dépendance et de remplacer progressivement cette prise en charge collective par une prise en charge individuelle appuyée sur une couverture assurantielle obligatoire dès 50 ans.

Cette substitution du marché à la solidarité, qui remplace le droit par le contrat, entérine le principe que cha-

cun ne soit plus couvert selon ses besoins mais selon ses moyens.

Opposé déclaré à cette vision, le Parti socialiste a introduit dans le programme de sa « Convention du Parti socialiste pour l'égalité réelle »⁽⁴⁰⁾, un volet sur la dépendance⁽⁴¹⁾ qui se veut à la fois une proposition de contre-poids à la position de l'UMP et un appel à une reconfiguration de la prise en charge de la perte d'autonomie.

Ainsi, face au contrat d'assurance prévoyance individualisé de la droite, le PS propose un principe de droit universel à compensation de la perte d'autonomie. Anticipant sur le vieillissement de la population, ce droit universel viserait à assurer la prise en charge solidaire, de la perte d'autonomie tout au long de la vie.

Deux préalables structurants à ce droit universel sont alors formulés : homogénéiser les systèmes de compensation de perte d'autonomie (invalidité, PCH et APA) et lever la barrière des 60 ans pour l'assurer tout au long de la vie. L'intention étant de partir de la réalité des situations de perte d'autonomie, et non des catégories administratives *a priori* qui les qualifient et qui aboutissent à l'exclusion de certaines situations de perte d'autonomie.

Partant du constat que chaque situation est particulière et que la perte d'autonomie concerne des aspects multiples de la vie quotidienne, le PS prône la construction de réponses personnalisées aux situations des personnes concernées, adaptables aux réalités de leur parcours de vie. Cette adaptabilité serait assurée par des Maisons départementales de l'autonomie qui construiront la coordination des acteurs et des bénéficiaires,

⁴⁰ Porté par l'aile gauche du PS et adopté le 11 décembre dernier, il faut rappeler que ce texte a fait l'objet d'un vif débat interne et qu'il a essuyé un certain nombre d'abstentions notables lors de ce vote : Moscovici, Hollande, ..., jusqu'à Royal qui le vote tout en s'y opposant, au motif qu'il ne serait pas tenable financièrement. Il fait l'objet d'une refonte programmatique pour la présidentielle de 2012.

⁴¹ partie IV-B ; page 42 du document

comme le font aujourd'hui les MDPH pour le handicap. Ce nouveau service public garantirait à tout âge de la vie, pour chaque personne dépendante, un panier de soins et de services appropriés aux situations et aux désirs de chacun et qui reconnaîtrait le rôle des aidants familiaux.

Revendiquant le rôle de l'État comme garant de la solidarité nationale, le PS s'oppose à un financement strictement assurantiel de ce nouveau droit universel. Il formule un financement à deux étages : un socle de base universel assuré par la solidarité nationale et une couverture complémentaire ou optionnelle issue du champ assurantiel-mutualiste.

Et pour anticiper les financements supplémentaires à venir face à l'évolution des besoins, le texte propose le rétablissement d'un droit de succession sur les patrimoines les plus élevés, la fusion de l'impôt sur le revenu et de la CSG, ainsi qu'un alignement des taux d'imposition de tous les retraités.

Une proposition pour « un grand service public de l'autonomie », qui reste politiquement et structurellement limitée

Ce texte prétend répondre à l'ensemble des besoins liés à une perte d'autonomie par un service public approprié et une démarche volontariste visant à accompagner les individus en situation de perte d'autonomie. Et au premier coup d'œil le néophyte de gauche y reconnaît les siens : « *droit universel à compensation* », « *solidarité nationale* » et « *service public de l'autonomie* ».

En réalité, une lecture attentive du projet socialiste montre une version faible du possible source de dangers. Posée de manière institutionnelle au travers de la création des MDA, elle se réduit à une réponse de compensation de la dépendance et de coordination des dispositifs publics et privés existants, articulée à l'invention d'un nouveau risque social : la perte d'autonomie, qui enferme la perspective et le niveau de cette réponse dans les contraintes budgétaires de la politique publique et la structure autour d'une prise en charge effective à deux vitesses.

Certes, la création d'un guichet et d'un interlocuteur uniques ainsi que l'exigence d'un haut niveau de compensation de la perte d'autonomie sont des impératifs de dignité incontournables. Ils sont des passages obligés de la réponse aux besoins des personnes en situation de perte d'autonomie. Mais dans ce texte, on ne trouve traces nulle part d'une ferme volonté politique qui appelle à un véritable renversement des valeurs en faveur des personnes en perte d'autonomie permettant d'ouvrir la brèche d'un changement de civilisation. Or c'est bien là tout l'enjeu de l'autonomie des personnes.

Ainsi, le « grand service public » annoncé se résume à l'élargissement des compétences et du rôle des Maisons Départementales des Personnes Handicapées (MDPH) aux pertes d'autonomie relevant de l'invalidité et du grand âge, et le service rendu, à un accompagnement des personnes dépendantes dans leur parcours de vie et/ou en une compensation de leur perte d'autonomie. Une proposition qui ne tient pas compte du constat d'insatisfaction générale à l'égard des MDPH. Plus chères pour le contribuable local, elles n'ont pas fait à ce jour la démonstration de leur efficacité sociale⁽⁴²⁾ en matière de handicap.

Quant au « *nouveau droit universel* », s'il prétend apporter « un nouveau pilier à la sécurité sociale », il prend en réalité la forme d'une compensation des incapacités quotidiennes des individus⁽⁴³⁾ répondant à un risque social inventé pour l'occasion⁽⁴⁴⁾, dont les caractéristiques sont aujourd'hui déjà assumées par la sécurité sociale et

⁴² C'est parfois même le contraire, il n'est pas rare de trouver des Commissions départementales des droits et de l'autonomie des personnes handicapées qui déclarent des invalidités à 79 % au lieu de 80 % pour réduire le niveau de la prise en charge facturée par le département (pas éligible à la PCH).

⁴³ Cf. l'article de C. Brun dans Le Monde du 8 janvier 2011.

⁴⁴ Il s'agit en effet d'un point très important du glissement des positions du PS sur les conditions du traitement de la perte d'autonomie. On le retrouve en filigrane dans le texte de la Convention, mais plus clairement dans différents interviews données par Charlotte Brun, actuelle secrétaire nationale aux personnes âgées, handicap et dépendance. Par exemple dans un entretien croisé avec Serge Guérin (un des porteurs de la théorie du « care » ou soin mutuel) sur le site du PS, où après que ce dernier ait énoncé que « *l'injonction à l'autonomie qui nous dit « soit libre et autonome », est problématique* », car « *certaines personnes ne souhaitent tout simplement pas être autonome* » et que du fait que « *notre capacité d'autonomie n'est pas identique. On doit alors avoir le droit d'avoir des niveaux d'autonomie très différents* », on peut lire de la secrétaire nationale socialiste après avoir acquiescé aux propos de son interlocuteur : « *Nous ne sommes pas à égalité. Dans ce sens, la première condition pour la gauche est de reconnaître que ce droit à l'autonomie ne peut se traduire de la même manière pour tout le monde. Ensuite, cette reconnaissance des inégalités qui existent entre individus oblige les politiques à réinventer les formes de solidarité [dont le « care » qui renvoie concrètement à des liens de proximité familiaux ou de quartier, ndlr]. Ces solidarités, qu'elles se jouent au niveau local ou qu'elles soient assurées par la solidarité nationale, sont la condition sine qua non pour que chacun puisse à des moments donnés de sa vie, revendiquer son droit à l'autonomie. En l'absence de ces formes de solidarité, cette revendication à l'autonomie ne se traduira que par une succession d'individus ne faisant pas société* ». On peut mesurer l'ampleur du glissement conceptuel et éthique proposé par le PS. Nous ne serions plus dans un cadre social ni assis sur une volonté politique pour lesquels la reconnaissance de l'autre comme personne autonome se construit sur le fondement universel et indépassable de son égalité à chacun comme moteur de sa liberté, mais dans un schéma social qui entérine l'inégalité d'essence de l'autre (et non sa différence) pour laquelle seul un droit compensateur de cette inégalité de nature assuré par l'État, ou la famille au sens large, pourrait faire office de correcteur. Au-delà même du danger connu d'une confusion entre différence de nature et inégalité de nature, ce glissement dans l'escarcelle des théoriciens libéraux de la justice sociale (John Rawls) n'est évidemment pas sans conséquences sur la façon dont se conçoit un service public de l'autonomie ou même une politique publique qui ne pourra alors être autre que celle de la prise en charge de l'autonomie. Dans ce schéma, il ne s'agit plus d'autonomiser les personnes pour les rendre libres, mais plutôt de compenser leur infériorité. A charge pour la collectivité (au sens large) de définir et d'accepter le niveau de cette compensation. Sous contrainte économique bien sûr.

les collectivités départementales, mais qui sera alors assurée par la « Société »⁽⁴⁵⁾.

Dès lors, plusieurs questions se posent.

Comment interpréter cette volonté d'« *homogénéisation des systèmes de prise en charge actuels (invalidité, PCH, APA)* » et la « *levée de la barrière des 60 ans* » ? L'invalidité, la PCH et l'APA répondent à des acteurs et des logiques différents, des modes de calcul différents et des populations spécifiques. La première renvoie à une indemnisation financière résultant d'une réduction de la capacité de travail de la personne suite à un accident ou une maladie d'origine non professionnelle. Elle est assurée par les régimes d'assurance sociale (sécurité sociale, État et autres) selon l'origine professionnelle de la personne, son calcul se fait sur la base du salaire ou traitement perçu, et elle est prise en compte dans le calcul du montant de la pension de retraite. Les deux autres renvoient à une allocation devant servir à assumer un certain nombre de besoins vitaux de la vie courante des personnes handicapées ou âgées et dépendantes. Leur montant est calculé, pour la PCH, sur la base du coût de certaines dépenses vitales de la personne dépendante évalué par l'équipe de la MDPH, et pour l'APA, sur la base d'une classification administrative et sanitaire, la grille AGGIR, dans laquelle est inscrite la personne âgée dépendante à partir de 60 ans. Dans ces deux cas, le financeur principal est le département.

Pourquoi alors vouloir imposer une logique de compensation du handicap à l'ensemble des personnes en perte d'autonomie ? Cela conduira à déconnecter la prise en charge de l'invalidité de la sécurité sociale, en transformant une indemnisation en allocation et en déconnectant son calcul du revenu de la personne devenue dépendante. Et cela rendra arbitraire le cadre de définition des critères de l'allocation aux personnes âgées dépendantes. Il s'agirait alors d'une modification en profondeur de l'architecture de ces prises en charge.

De même, suite la volonté d'homogénéiser les systèmes de compensation, l'abandon de toute référence à un ensemble de droits existants assis sur des situations de perte d'autonomie objectives ouvrant droit à indemnisation ou compensation jette l'ambiguïté sur la proposition visant à mettre en œuvre « *des réponses personnalisées et l'élaboration de parcours de vies adaptés et adaptables* ». Car la démarche introduit un grand risque de flexibilité dans la faculté et le niveau de la prise en charge par la solidarité nationale. Comment en effet, dans un contexte de restriction de la dépense publique sociale et face à des besoins qui iront croissants, ne pas voir dans cette « adaptabilité » de la réponse publique, un outil permettant aussi d'ajus-

ter le niveau de la dépense publique pour la dépendance à la capacité financière et budgétaire de l'Etat, qu'il soit centralisé, déconcentré ou décentralisé ?

De la même manière, pourquoi vouloir associer « *la garantie tout au long de la vie d'un panier de soins et de services* » à ce nouveau service public de l'autonomie ? Les pathologies de la dépendance sont prises en charges par l'assurance maladie. S'agit-il d'organiser un parcours de soins spécifique pour la perte d'autonomie reconnu par la sécurité sociale induisant implicitement que les soins ne relevant pas de ce panier seraient frappés d'une prise en charge moindre, comme cela se fait sur les ordonnances bizonales de l'assurance maladie ? Faut-il y voir un souhait que la perte d'autonomie s'inscrive dans un protocole médical particulier ouvrant sur une classification PMSI particulière des soins associés et/ou des « groupes homogènes de dépendance » visant à assurer la facturation des établissements sur la base d'une T2A autonomie ? Ce qui implicitement inscrirait la prise en charge de la dépendance dans une politique de rationnement/rationalisation. N'y a-t-il pas dans cette volonté un risque de conforter sur le fond la maîtrise médicalisée des dépenses de santé, avant même que de répondre aux besoins des personnes ?

Autant d'interrogations qui montrent sur le fond un PS miné de contradictions lourdes. Alors que l'enjeu de l'autonomisation est de civilisation, qu'il constitue un levier majeur du changement social, le PS reste englué dans ses contradictions générales opposant une intention assise sur des valeurs effectives de solidarité et la soumission à un cadre marchand considéré comme indépassable.

Contradictions présentes d'ailleurs toutes entières dans les impasses du texte.

Figurent l'approche de la lutte contre la perte d'autonomie sous l'angle de la réponse compensatrice d'allocation d'une « perte d'autonomie constatée », la proposition socialiste la définit comme un fait contre lequel on ne peut rien, mais que « *la société* » doit réparer dans la mesure de ses moyens par une réponse ciblée et individualisée.

Or dans ce schéma, il n'y a pas de place pour une réelle politique publique de l'autonomisation des personnes. L'intervention publique préventive contre le risque de perte d'autonomie est implicitement « hors champ ». L'organisation économique et sociale du pays n'intervient pas comme un paramètre des problématiques de la perte d'autonomie.

Il ne faut pas s'étonner alors de ne rien trouver dans ce projet sur les problématiques de santé publique liées à la perte d'autonomie. Il n'y a rien sur les conditions de travail, environnementales ou alimentaires. Rien non plus sur la lutte contre certaines formes de dégénérescence gé-

⁴⁵ Idem, plus document de la Convention.

nétique liées à l'âge (aucune connexion avec la recherche par exemple). Et rien enfin sur la prise en compte sociale de la perte d'autonomie : pas de proposition particulière sur les conditions de vie générales des personnes en situation de perte d'autonomie (logements adaptés, aménagement urbain adapté, transports adaptés, ...).

Plus surprenante est l'absence d'évocation du monde associatif. Les associations sont devenues sur le terrain le supplétif de l'action publique à force de désengagements répétés de l'État. Elles sont, à la fois, porteuses d'une dynamique d'innovation dans la prise en charge et à l'origine de difficultés majeures dans son amélioration (en particulier sur la qualité de la prise en charge). Tout inciterait au contraire à interroger leur rôle dans le cadre d'une politique publique active de la prise en charge de la dépendance. Confrontées à une réduction de leurs financements publics, elles sont asphyxiées. Ne peut-on pas imaginer de les transformer elles-mêmes en service public ou de les inscrire dans une démarche de coopération au service public afin d'améliorer le niveau de leurs interventions auprès des publics concernés (formation, etc.) ? Une politique publique d'envergure de la dépendance devrait associer la capacité à vivre dignement sa vie à toutes les problématiques d'accessibilité des personnes en perte d'autonomie et à celles des prises en charge sanitaire, médicale et médico-sociale.

Mais c'est dans les propositions de financement que cette contradiction est la plus éclatante.

Alors que le texte s'oppose clairement à un financement assurantiel privé du dispositif, il ouvre sur la possibilité d'un financement à deux étages : un étage public et un étage optionnel privé⁽⁴⁶⁾. Or les travers de ce type de financement laissant entrer le loup dans la bergerie sont aujourd'hui parfaitement identifiés. C'est l'assurance d'une inégalité dans la prise en charge de la perte d'autonomie qui renvoie à l'inégalité des conditions économique, sociale et territoriale des personnes en situation de perte d'autonomie ou de leurs familles. Et c'est l'assurance d'une subordination du niveau de prise en charge solidaire aux arbitrages politiques des majorités en place en matière de dépense publique. Ce mode de financement dual n'échappe pas plus que le financement strictement privé à la constitution d'une prise en charge de la perte d'autonomie à 2 vitesses.

La proposition socialiste avance aussi la constitution de ressources supplémentaires principalement par la fusion

CSG/impôt sur le revenu⁽⁴⁷⁾ et par l'alignement des taux d'imposition des retraités. Deux mesures singulièrement injustes. Pour la première, elle conforte le désengagement des entreprises du financement de la perte d'autonomie alors qu'elles en sont en partie responsables (conditions de travail et d'emploi). Elle entérine un financement de la perte d'autonomie essentiellement fondé sur les revenus des ménages y compris des plus pauvres. Et elle renforce les déséquilibres financiers de la sécurité sociale en faisant disparaître près de 90 milliards d'euros du financement de la sécurité sociale qui seront remplacés par des dotations d'État de compensation dont on connaît la flexibilité et la faculté de rationnement. Pour la seconde, elle réside dans l'augmentation globale du taux d'imposition des retraités, à savoir que les retraités se paieront au moins en partie eux-mêmes le financement de leur perte d'autonomie⁽⁴⁸⁾ ! Tout comme le propose l'UMP.

Enfin, et c'est peut-être là l'essentielle de cette philosophie financière, en renonçant une fois encore à un financement assis sur les richesses produites par le pays (la sécurité sociale) au profit d'un financement assis principalement sur les revenus des ménages (la fiscalité), la proposition socialiste participe au transfert de charge sur les ménages des instruments de la politique sociale. À l'instar de la droite et conformément aux exigences du patronat, elle exonère la sphère économique de ses responsabilités à l'égard de la société en participant à son autonomisation de l'ordre public social. Elle fait de la politique sociale le résultat d'une relation exclusive entre l'État et les ménages et non une affaire de la Nation toute entière.

Bien qu'il faille attendre le projet final du Parti socialiste pour l'affirmer définitivement, on peut d'ores et déjà constater que derrière cette vision d'une politique publique destinée aux populations en perte d'autonomie, se joue un changement de paradigme de la politique publique sociale. Celui d'un glissement de l'État-providence vers « l'État-accompagnant » visant à transformer la politique sociale en simple outil correcteur des exclusions du jeu économique et social. Cette approche qualifiée de cohésion sociale, sans remettre en cause l'ordre économique, soucieuse uniquement de la paix sociale, tournerait le dos à une ambition forte d'autonomisation de la personne humaine et à l'ambition d'un véritable projet novateur de civilisation. En fait, avec ce projet, nous sommes de nouveau au cœur des traductions concrètes de cette notion étrange de « socialisme de marché », adoptée en 2008 par le PS comme une des 21 propositions de principe fondant son projet et son action politiques. Au cœur des contradictions de la social-démocratie française.

⁴⁶ Une sorte de consensus est en train de se dessiner sur cette question entre la droite et le PS. V. Rosso-Debord (UMP), auteure du rapport éponyme, ayant annoncé par voie de presse le 15 décembre dernier suite à une interview à l'Assemblée nationale, l'opportunité qu'il y avait à réfléchir sur un système combinant « un socle de base de la solidarité nationale et éventuellement, je dis bien éventuellement, en plus une contribution supplémentaire ».

⁴⁷ Il ne faut pas oublier que cette fusion CSG -impôt sur le revenu est aussi prônée par la droite. J-F Copé en est un défenseur acharné. Et pour cause.

⁴⁸ Là encore, il est remarquable que le parti libéral soit un des plus fervents défenseurs de cette procédure fiscale.

Réforme de la Dépendance : les orientations probables du Gouvernement

Pour Copernic. Vendredi 25 février 2011.

Catherine Bloch London, Jean Luc Gibelin, Gérard Gourguechon,
Pierre Khalfa, Christiane Marty

Il s'agit d'un premier texte. Les travaux du groupe de travail vont donner lieu à la publication d'une Note de la Fondation Copernic, sur laquelle nous reviendrons dans le prochain numéro des Cahiers

Le gouvernement a lancé officiellement ce qu'il appelle « le grand débat national sur la dépendance » le 8 février 2011 devant le Conseil économique, social et environnemental (CESE). A cette occasion, Roselyne Bachelot, ministre des solidarités et de la cohésion sociale, chargée d'animer le débat du chantier de la dépendance, et Nicolas Sarkozy, Président de la République, ont évité de trop s'exprimer sur les orientations du gouvernement, pour essayer de montrer que le débat était largement ouvert. Malgré tout, de leurs propos, mais surtout des multiples rapports précédents émanant de la Cour des Comptes, de l'Assemblée nationale, du Sénat, et encore des interventions de membres du Medef ou de représentants des assureurs privés, il est tout de même possible d'imaginer les pistes vers lesquelles la majorité parlementaire actuelle va « naturellement » basculer dans cette nouvelle « contre-réforme ».

Par ailleurs, nous sommes déjà largement éclairés par l'examen de ce que cette majorité politique a déjà été capable de faire dans d'autres domaines « sociaux » assez proches. Ce sont celles et ceux qui se vantent d'avoir « sauvé » notre système de retraite par répartition avec toutes leurs réformes imposées depuis 1993, qui se réjouissent de la réussite de leur dernière réforme de l'automne 2010, qui se lancent maintenant dans une réforme de la dépendance.

Sans scrupules, Nicolas Sarkozy fait référence au Conseil National de la Résistance et aux principes des bâtisseurs de la Sécurité sociale, pour, finalement, annoncer que le débat est largement ouvert, sauf qu'il ferme la voie de toute augmentation des cotisations sociales : « Taxer davantage le travail et en augmenter le coût ne conduira qu'à une délocalisation encore plus importante de nos emplois ». Toujours sans orienter le débat, il poursuit : « Quand nos finances publiques sont dans la situation où elles sont, quand le travail est à ce point taxé, quand 5 millions de Français ont déjà souscrit une assurance dépendance, est-il raisonnable de ne pas s'interroger sur le rôle que

peuvent jouer les mutuelles, les compagnies d'assurance et les organismes de prévoyance ? »

Le « 5^e risque » souvent évoqué par le président de la République, par ses conseillers, et par quelques ministres et parlementaires, prend alors un peu de consistance : il ne s'agirait pas du tout d'étendre le champ de la Sécurité sociale, par une cinquième branche, à un système qui serait universel (ouvert à tous, sans condition de ressources ni d'âge), collectif (avec une couverture du risque sociale et publique et non pas individuelle et privée), solidaire (le niveau du risque à couvrir étant déconnecté de la contribution financière) et pérenne (le financement étant assuré par un prélèvement affecté assorti d'une assiette large). L'orientation présidentielle va vers un système faisant largement appel aux assureurs privés (ainsi qu'aux mutuelles qui sont déjà largement engagées dans le secteur marchand et concurrentiel). L'idée émise par Mme Rosso-Debord en juin 2010 à l'Assemblée nationale d'obliger les personnes de plus de 50 ans de souscrire obligatoirement un contrat « dépendance » auprès d'une compagnie d'assurance privée semble être abandonnée (elle est notamment repoussée par le rapport du sénateur Vasselle du 1^{er} février 2011). Par contre, la souscription auprès d'une compagnie privée serait favorisée fiscalement, voire carrément « aidée » pour les plus pauvres ! Bien entendu, comme dans tout contrat privé de ce type, le montant des prestations à attendre demain, en cas de survenue de la dépendance, sera largement fonction du tarif retenu lors du contrat primitif. On arrive donc à un système très largement inégalitaire et précarisant pour de nombreuses familles. Ceci fait beaucoup de circonvolutions pour finalement aboutir à un projet qui ressemble aux trois « piliers » préconisés par la Banque mondiale en 1994 sur les retraites. Dans tous les cas, il s'agit de fragiliser une grande partie de la population, et d'attirer de nouveaux capitaux vers les secteurs financiers.

L'a priori idéologique de refuser, ici comme pour les retraites, toute idée d'augmentation des cotisations

sociales, permet d'avancer ensuite les « arguments » des déficits publics, de la nécessaire rigueur budgétaire et de l'appel à un partenariat salvateur « public-privé ».

La réponse gouvernementale repoussant toute idée de couverture solidaire à 100 %, il est « naturellement » fait appel à des « complémentaires privées (assurances, mutuelles) qui conduiront de fait à des couvertures très différentes et inégalitaires pour les personnes. Aussi l'idée d'un recours ultérieur sur succession est souvent relancée par des membres de la majorité parlementaire. On se souvient pourtant que la Prestation Spécifique Dépendance (PSD), antérieure à l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) mise en place en 2001, retenait ce système qui avait conduit nombre de personnes modestes à refuser de solliciter la PSD pour éviter d'amputer ensuite leur petite succession.

Une novation importante de ce « 5^e risque », pourrait aussi porter sur la « gouvernance » de ce « risque ». Celle-ci pourrait être confiée aux « partenaires sociaux » (ce qui ne peut que les « rassurer ») et étendue aux collectivités territoriales (ce qui semble aller dans le bon sens vu le rôle qu'elles tiennent dans ce dossier), voire à des associations d'usagers, mais encore, toujours dans le cadre d'un partenariat public-privé, aux représentants des compagnies d'assurances privées. Ce serait un risque supplémentaire de conflits d'intérêts dans notre pays ; ce serait un pas vers la gestion par des intérêts privés de solidarités nationales ! En intervenant par exemple dans la définition du risque, dans sa constatation, et même dans la définition des montants plafonds d'aide publique, les assureurs privés seraient, en fait, maîtres de l'intervention publique, et pourraient en limiter au quotidien le champ pour étendre leur « marché ».

Les brèves des Cahiers

Retraites, suite de notre dossier de janvier : les conditions du départ anticipé pour pénibilité sont précisées :

Les projets de décrets transmis aux partenaires sociaux précisent la façon dont la pénibilité pourra ouvrir le droit à un départ à la retraite anticipé. La durée d'exposition est fixée à 17 ans pour les personnes souffrant d'une incapacité comprise entre 10 % et 20 %. Pour les assurés justifiant d'une carrière pénible, l'âge d'ouverture des droits sera maintenu à 60 ans.

Les deux cas de figure prévus :

- Premier cas : le salarié souffre d'un taux d'incapacité supérieur ou égal à 20 %. Le départ anticipé est alors accordé automatiquement.
- Deuxième cas : le taux d'incapacité est compris entre 10 % et 20 %. Le salarié doit alors passer devant une commission pluridisciplinaire qui accorde ou non le droit au départ anticipé. L'assuré devra apporter la preuve que son incapacité a été provoquée par son travail. L'un des décrets précise que la durée minimale d'exposition aux facteurs de pénibilité, dans ce cas, «est fixée à dix-sept ans».

Un autre texte définit les facteurs de pénibilité. Il s'agit d'abord des «contraintes physiques marquées» : manutentions manuelles de charges, postures pénibles, vibrations. Ensuite la pénibilité « au titre de l'environnement agressif » : agents chimiques dangereux, températures extrêmes, hautes pressions, bruit, etc. Enfin les «contraintes liées au rythme de travail» : travail de nuit, travail en équipes successives alternantes, travail répétitif. Cette liste avait été fixée par les partenaires sociaux lors de leur négociation sur la pénibilité en 2008. Mais aucune mesure quantitative n'est précisée. Ces éléments sont laissés à l'appréciation de la commission pluridisciplinaire.

Il y aura une commission par région, composée de cinq représentants de l'Etat et de la Sécurité sociale, dont deux médecins. Elles auront la tâche de traiter au moins 20.000 dossiers par an.

Les décrets fixent enfin les modalités de fonctionnement du fonds chargé de financer les actions de prévention de la pénibilité dans les entreprises jusqu'en 2013 : doté d'un budget de 20 millions d'euros en 2011, il est financé à moitié par l'Etat et à moitié par les entreprises via la branche accidents du travail de la Sécurité sociale. Comme prévu, les dossiers seront difficiles à faire accepter !

Pourquoi vit-on moins vieux aux Etats-Unis ?

Catherine Vincent pose la question dans Le Monde du 27 janvier 2011. « *L'obésité et la cigarette ? L'espérance moyenne de vie des Américains régresse alors que le pays dépense proportionnellement à son nombre d'habitants plus qu'aucun autre pour sa santé publique ? Les conclusions d'une étude menée par le Conseil de recherche nationale américain rendues publiques mardi 25 janvier pointent deux facteurs majeurs : le tabagisme et l'obésité résultant de la malbouffe. La durée moyenne de la vie des Américains est de 77,8 ans en 2008, soit 1,2 mois de moins qu'en 2007. L'espérance de vie au-delà de 50 ans a augmenté régulièrement aux Etats-Unis au cours des dernières décennies, elle l'a fait plus lentement que dans la plupart des autres pays à hauts revenus. Il y a trente à cinquante ans, le tabagisme était beaucoup plus répandu aux Etats-Unis qu'en Europe ou au Japon. Ses conséquences continuent de s'y faire sentir. Il en va de même au Danemark et aux Pays-Bas, deux pays où la consommation de tabac a été particulièrement élevée dans les années 1970-1990, et où l'espérance de vie moyenne est aujourd'hui plus basse que dans les autres pays aux revenus comparables.*

Cette tendance est plus nette encore pour les femmes, qui ont globalement cessé de fumer plus tard que les hommes. En 1980, l'espérance de vie moyenne à 50 ans des Américaines était de 30,6 ans, similaire à celle des femmes de neuf autres pays industrialisés (Nouvelle-Zélande, Suède, Danemark, Australie, Norvège, Islande, Pays-Bas, Suisse et Japon). Mais en 2007, les Américaines n'avaient gagné que 2,5 ans de plus (33,1 ans). Contre 6,4 ans au Japon, 5,2 ans en Italie et 3,9 ans pour l'ensemble des autres pays retenus ».

Pour la première fois en 50 ans, l'accident vasculaire cérébral n'a pas été la troisième cause de décès, il a été rattrapé par la baisse des maladies respiratoires chroniques comme l'asthme, l'emphysème et la bronchite chronique. Le taux de mortalité ajusté selon l'âge pour les accidents vasculaires cérébraux a chuté de 3,8 pour cent de 2007 à 2008, tandis que les taux bas pour les maladies respiratoires chroniques ont augmenté de 7,8 pour cent, selon le rapport, publié par les US Centers for Disease Control and Prevention.

Ventilées par race, l'espérance de vie a reculé de 0,2 an pour les blancs. L'espérance de vie pour les femmes noires est restée inchangée à 76,8 années en 2008, tandis que l'espérance de vie pour les hommes noirs atteint un ni-

veau record - 70,2 ans - même si ils vivent encore près de huit années de moins, en moyenne, que les hommes blancs. La différence d'espérance de vie entre les populations blanche et noire a été de 4,6 ans en 2008.

Les taux de mortalité ont sensiblement augmenté en 2008 du fait de plusieurs autres causes autres que les maladies respiratoires - la maladie d'Alzheimer (en hausse de 7,5 pour cent), la grippe et la pneumonie (en hausse de 4,9 pour cent), l'hypertension, ou tension artérielle élevée (jusqu'à 4,1 pour cent), le suicide (en hausse de 2,7 pour cent), et les maladies du rein (en hausse de 2,1 pour cent). O'Neill du CDCP pense que la baisse de l'espérance de vie pourrait être le début d'une tendance. « *Il est alarmant de constater que c'est la première fois au cours des 25 dernières années, qu'il n'y a effectivement eu une baisse* ».

« Le surpoids est particulièrement élevé dans les populations américaines défavorisées. Comparé aux autres pays de niveau de vie similaire, ce fléau pourrait être responsable de 20 % à 33 % du déficit de longévité observé dans le pays. Si les chercheurs admettent que l'absence d'accès universel à la santé réduit l'espérance de vie aux Etats-Unis, ils estiment que ce facteur est moins significatif pour les plus de 65 ans, qui bénéficient de l'assistance médicale aux personnes âgées. Concernant les principales causes de mortalité au grand âge - cancers et maladies cardio-vasculaires -, le système de santé américain ne semble pas particulièrement défaillant. Au contraire, les taux de survie et de détection des cancers y seraient plus élevés que dans la plupart des autres pays comparables.

Selon les statistiques de l'ONU citées par l'étude du NRC, les Etats-Unis se sont classés au 28e rang mondial, durant la période 2005-2010, pour l'espérance de vie moyenne à la naissance - soit 75,1 ans pour les hommes et 80,2 ans pour les femmes : plus de deux ans derrière le Canada, la France, l'Italie et le Japon ! »

Pour en savoir plus sur les taux de mortalité des États-Unis, visitez le US Centers for Disease Control and Prevention.

Qu'en est-il de la réforme des laboratoires de biologie médicale ?

Une des dispositions de la loi HPST prévoit une réforme de la biologie médicale. Cette disposition a été promulguée par l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale communément appelée ordonnance Ballereau. Les décrets d'application de cette ordonnance n'ont toujours pas été publiés à ce jour.

Un dernier épisode législatif a suspendu sa mise en œuvre le 9 février dernier en l'abrogeant par amendement mais le ministre de la santé n'a pas remis en cause ses principes et annonce sa révision prochaine.

Etat de la biologie médicale en France :

Ces 20 dernières années, l'industrialisation et la révolution de la biologie moléculaire mais aussi l'informatisation de toute la chaîne de production du traitement des analyses biologiques ont participé au progrès médical. Aujourd'hui la rentabilité économique de ce secteur est acquise pour l'industrie de la chimie (réactifs), l'industrie des automates et les laboratoires hautement spécialisés. Les laboratoires de proximité dits de quartier ont suivi l'évolution et ont recueilli les fruits économiques de cette évolution.

Aujourd'hui, de nouveaux appétits se révèlent, voulant profiter de la manne du secteur. Mais si les conditions de la rentabilité sont réunies sur le plan économique, elles ne le sont pas encore totalement sur le plan réglementaire. Elles écartent toujours ceux qui veulent tirer profits de la biologie médicale de demain et qui ne sont autres que des financiers de toutes sortes : assurances, opérateurs de l'hospitalisation privés et autres investisseurs privés...

C'est dans ce contexte et alors que des baisses répétées des tarifs des actes de la biologie médicale sont appliquées par la CNAM au nom d'une réduction vertueuse des dépenses de santé, que le pouvoir a décidé de lancer une réforme qui a pour objectifs affichés l'amélioration de la qualité. Elle repose sur l'accréditation obligatoire des laboratoires qui est caractérisée par :

- La médicalisation des processus : la présence des médecins biologistes est imposée à toutes les étapes d'une analyse biologique.
- La création d'un nouveau métier : le qualitatif, en responsabilité de superviser l'accréditation du laboratoire.

Ces deux obligations conjuguées à des normes réglementaires draconiennes et considérées comme bien excessives par de nombreux biologistes entraîneront une augmentation des dépenses de fonctionnement des laboratoires de proximité.

C'est un effet de ciseaux qui les menace entre la baisse des tarifs, la baisse de leurs recettes et le coût des nouvelles obligations.

Alors comment dans ces conditions conserver une offre de biologie dans un cadre de service public ? La question se pose aussi à l'hôpital et dans les centres de santé.

Que prévoit précisément la réforme ?

Une accréditation des laboratoires de ville et des laboratoires hospitaliers est désormais obligatoire au plus tard en 2016 sous peine de fermetures. Les laboratoires devront être engagés dans la procédure d'accréditation dès janvier 2013 pour pouvoir poursuivre leur activité.

Ces nouvelles normes dites de qualité imposent des contraintes techniques réglementaires et donc financières qui de fait ne pourront être respectées qu'au prix du regroupement des structures existantes sur des plateaux techniques de dimension industrielle et par une rationalisation, à savoir une automatisation maximale, des procédures de traitement des prélèvements à toutes les étapes d'une analyse : pré-analytique, analytique et post analytique.

Conséquences :

1. La disparition des laboratoires de proximité : ils ne peuvent assumer le coût et la charge de l'accréditation, l'activité minimale requise étant évaluée à au moins 350 à 400 dossiers de patients/jour. Ils ont pour la majorité d'entre eux une activité inférieure. Ils sont voués à disparaître, contraints à se regrouper ou à vendre à plus gros qu'eux et au plus offrant. Même si l'ordonnance n'était pas applicable lors de sa parution, poussés par les pouvoirs publics les laboratoires ont très largement anticipé sa mise en œuvre : les ventes et regroupements se sont multipliés en 2009 et 2010. Les regroupements vont faire passer le nombre de laboratoires de ville de 5000 à 2500. En fait l'objectif serait de 1500 laboratoires à terme.

2. La qualité des résultats et du suivi des patients, principal motif invoqué par les promoteurs de la réforme, menacée :

Les laboratoires de proximité ne seront plus dans le meilleur cas que des sites de prélèvements où ne s'effectuera que la phase pré analytique (prélèvements et conditionnement avant le transport). La prise en charge du patient sera réduite à sa plus simple expression et totalement séparée du traitement technique et de sa validation médicale qui se feront sur un site externalisé. La concertation directe entre le biologiste et le médecin prescripteur sera rompue : elle est indispensable à une interprétation qui mette en lien un résultat biologique et le contexte clinique d'un patient.

Les plateaux techniques traiteront des prélèvements de plusieurs dizaine de sites. Cela nécessitera la mise en place de systèmes d'acheminement par coursiers qui ne sont pas sans poser des problèmes de qualité déjà identifiés : durée des transports, variations des conditions de transport susceptibles d'altérer le prélèvement et mettre en cause la validité de son résultat...

La gestion des urgences sera affectée, les temps d'acheminement impactant le temps des diagnostics et donc

celui des prises en charge. Une perte de chance pour les patients n'est pas à exclure dans un certain nombre de situations.

3. Des conséquences sociales importantes :

L'accréditation contraint au regroupement les structures existantes et implique une industrialisation des nouveaux laboratoires. Ceux-ci ne pourront être viables économiquement que par une rationalisation de toutes les procédures analytiques. L'automatisation qu'elle implique aura pour premier effet des pertes d'emploi massives dans le secteur qui ont été estimées à plus de 60 000 (techniciens de laboratoires, aide-laboratoires, secrétaires médicales, fournisseurs de réactifs, sociétés d'informatique, entreprises de services) par le collectif www.toucheapasamonlabo.com.

4. Une nouvelle menace pour les services publics de santé et l'accès aux soins pour tous :

La réforme touche les laboratoires des hôpitaux publics, poussés au regroupement et confrontés à des difficultés similaires de mise en œuvre. Les conséquences en sont les mêmes avec des problématiques soulevées encore plus aigues quand il s'agit de préserver la continuité des soins et assurer le traitement des urgences en particulier la nuit dans des conditions garantissant toutes leurs chances aux patients. La réforme participe aussi au démantèlement de l'hôpital public en bouleversant les modes d'organisation validés et efficaces depuis longtemps et en menaçant de disperser les équipes.

La réduction des laboratoires de proximité a pour premier effet la réduction de l'offre territoriale et sociale de biologie de ville, creusant les inégalités territoriales de santé, les petites structures de prélèvement étant dans de telles perspectives vouées à disparaître.

Conséquence prévisible de la financiarisation du marché remis aux mains d'entreprises capitalistes dont le nombre sera réduit, ce sont elles et les industriels, fabricants d'automates et de réactifs qui pèseront sur le coût des actes de biologie.

Les motifs de la réforme

Les réformes juridiques se sont succédées et s'emboîtent au service des objectifs réels du pouvoir : la marchandisation du secteur.

La privatisation des laboratoires de haute technologie est déjà acquise, et les Sociétés d'Exercice Libéral ont permis une première forme de regroupement des structures leur autorisant à exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux. Les directives européennes, le nouveau traité constitutionnel et une plainte auprès de la

Haute Cour de Justice Européenne vont à terme obliger la France à ouvrir le marché de la biologie médicale à la libre concurrence et donc à tous les capitaux qui souhaiteront y investir.

La loi HPST et l'ordonnance du 13 janvier 2010 ont posé les premiers jalons de la privatisation générale du secteur même si d'apparents garde-fous et un discours axé sur la qualité masquent partiellement les objectifs du pouvoir : privatisation, concentration, rentabilisation. Le discours du pouvoir n'est axé que sur la qualité, la « médicalisation » des processus, l'importance des phases pré et post-analytiques. Mais dans les faits, le pouvoir vise à étrangler les laboratoires de proximité au bénéfice des structures regroupées plus faciles à rentabiliser.

L'état du droit aujourd'hui ?

Les décrets mettant en œuvre l'ordonnance étaient en attente en ce début d'année 2011. La période « libre » avant la publication des décrets, 2010/2012, est pour les opérateurs du marché qui se mettent en place, celle de la restructuration du capital du secteur. La période 2013/2016 aurait du être celle à proprement parlé de l'accréditation. L'amendement adopté en première lecture à l'Assemblée le 9 février 2011 a suspendu le processus de mise en œuvre de l'ordonnance en l'abrogeant. Les motivations ayant justifié l'adoption de cet amendement paraissent liées, sous couvert du motif officiel mettant en avant l'exclusion du dispositif de certains biologistes universitaires, à l'intervention du Conseil d'Etat qui avait été saisi par le CNOM : au motif des conflits d'intérêt, il a fait interdire de fait la participation au capital des laboratoires, les assurances privées mais aussi les mutuelles, qui allaient être les principaux bénéficiaires des dispositifs en cours d'adoption... Xavier Bertrand a fait rapidement savoir que l'ordonnance serait révisée. Pour contourner cet obstacle ?

Situation des laboratoires de biologie médicale des centres de santé

Un certain nombre de centres de santé de gestion mutualiste, associative ou municipale ont un laboratoire de biologie médicale qui traite souvent en plus des prélèvements de leurs usagers, ceux d'autres centres de santé partenaires mais aussi de CDAG, de CIDDIST, de CLAT, de médecine préventive. Ils se garantissent à leurs patients le respect des tarifs opposables et la dispense d'avance de frais en toutes circonstances puisque réglementairement imposés par la loi. Ce n'est pas le cas des laboratoires privés qui, s'ils pratiquent souvent le tiers payant, peuvent s'ils le souhaitent le refuser à leurs patients et y renoncer à tout moment.

Les laboratoires des centres de santé sont touchés par la réforme même si l'ordonnance Ballereau avait tout simplement oublié de les mentionner dans sa première rédaction. Leur « incorporation » dans la réforme n'avait pas réglé certains problèmes. Ainsi les centres de santé, sans laboratoire intégré mais sites de prélèvements partenaires se retrouvaient intégrés dans la liste des services dérogatoires autorisés à prélever au même titre que le SAMU, les CDAG mais avec des restrictions inacceptables : elles limitaient les prélèvements autorisés aux seules prescriptions émanant d'un médecin exerçant dans le centre. Or les études montrent que dans ces structures plus de 50% des patients prélevés n'étaient pas usagers par ailleurs d'autres services du centre de santé.

Les pharmacies dans le rouge :

Finis les années de vaches grasses, les politiques d'économies sur les dépenses de santé menées depuis 2005 poussent certaines pharmacies à la faillite. La situation est telle que le ministre de la Santé, Xavier Bertrand, a demandé le 9 février dernier une enquête à l'Igas (Inspection générale des affaires sociales). Ce rapport doit être rendu au plus tard le 30 avril prochain.

Le nombre de dépôts de bilan a été multiplié par trois entre 2006 et 2010. La Coface, société spécialisée dans l'assurance crédit et l'information aux entreprises, estime que 24 % des officines françaises ont « un fort risque » de faillite cette année.

En 2010, le Conseil de l'ordre des pharmaciens a enregistré 126 disparitions d'officines, alors que 101 avaient déjà mis la clé sous la porte en 2009. En deux ans, c'est une pharmacie sur cent qui a disparu en France. Particulièrement touchés, Paris et sa petite couronne, la Seine-Maritime, le Finistère et la Haute-Garonne. Les pharmaciens demandent un plan d'urgence. Les génériques, dont les marges ont baissé, et la parapharmacie soumise à une concurrence exacerbée, ne compensent plus les effets de la politique de maîtrise des dépenses imposée par la lutte contre le déficit de la Sécurité sociale. 550 salariés ont été concernés en 2010.

Les créations reculent : - 6,5 % en 2010. Et ce n'est pas la menace d'une ouverture du secteur à la concurrence voulue par de grands distributeurs comme Leclerc qui va améliorer les choses. Une question de gestion des territoires se pose réellement.

Le centre hospitalier sud francilien est en crise : le partenariat public-privé en défaut :

La question se pose : Qui va payer le désastre financier annoncé ? Dès l'origine du projet la CGT avait dénoncé la construction du nouvel hôpital dans le cadre d'un partenariat public / privé. A trois mois de l'ouverture du site unique, la démonstration est faite que ce partenariat public / privé sous la forme d'un contrat juridique (le bail emphytéotique hospitalier) est un véritable gouffre financier pour la Sécurité sociale, au profit d'intérêts privés. Le coût prévisionnel estimé à 280 millions d'euros à la signature du bail s'élève aujourd'hui à plus de 390 millions d'euros. Le montant prévisionnel du loyer, lui, versé annuellement au constructeur est passé de 30 à 42 millions d'euros en 5 ans ! Au final, le coût total de cette opération s'élève déjà en mars, à plus de 1,2 milliard d'euros. Aujourd'hui, même la Chambre Régionale des Comptes d'Ile de France dénonce ces dérives ! Chargée du contrôle des comptes de l'établissement dans un rapport du 20 juillet 2010, elle considère comme « très onéreuse », « juridiquement contraignante et financièrement aléatoire » toute cette opération.

La facture s'allonge et les coûts initiaux explosent. A l'occasion d'une conférence de presse le 25 février dernier, le PDG d'EIFFAGE annonce, pour réaliser les travaux modificatifs et de remise aux normes avant l'ouverture prévue pour le mois de mai 2011, qu'il réclame la modique somme de 100 millions d'euros (au lieu des 11 millions initialement prévus) tout en menaçant de saisir la justice.

Seule une maîtrise d'ouvrage publique avec les moyens humains et matériels afin de garantir aux usagers une prise en charge de qualité et de mission de service publique est de nature à régler ce problème.

Les Comptes nationaux de la santé en 2009

En 2009, le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 223,1 milliards d'euros, soit 11,7 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) atteint 175,7 milliards d'euros, soit 9,2 % du PIB. Elle a progressé en valeur moins rapidement qu'en 2008 (+3,3 % après +3,7 %) mais sa part a augmenté dans le PIB en raison de la baisse de celui-ci (9,2 % du PIB en 2009 contre 8,7 % en 2008).

En volume, la CSBM a augmenté de 3,0 % en 2009, comme en 2008. La progression du prix de la CSBM reste quant à elle limitée (+0,3 %), en raison notamment de la diminution du prix des médicaments.

La part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5 % en 2009, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,8 %. Le reste à charge des ménages s'établit quant à lui à 9,4 %.

Les notes de lecture

Note de Catherine Mills (27/02/11) :

Santé et politiques sociales : entre efficacité et justice Autour des travaux de Maryse Gadreau

Sous la direction de Philippe Batifoulier, Anne Buttard et Jean- Paul Domin Edition Eska, 259p.

Cet ouvrage est un hommage à Maryse Gadreau, Professeure des universités, économiste et fondatrice d'une approche d'économie de la santé originale, hors des sentiers de la pensée unique, et tellement stimulante pour de nombreux jeunes (et moins jeunes) chercheurs hétérodoxes. Les auteurs suivent le même thème : efficacité et justice en matière de protection sociale et de santé en soulevant des contradictions dans l'interprétation et la déclinaison de ce prétendu dilemme. Ils avancent leur propre point de vue et leur propre éclairage : marchandisation de la santé ou démocratie sanitaire, la profession médicale, les enjeux du vieillissement, la réforme hospitalière, les réseaux de soins, l'accroissement des inégalités de recours aux soins.

Le livre se découpe en 4 chapitres : l'Etat social face au marché, Pratiques professionnelles et coordination collective, L'exigence de justice dans les politiques de santé, De nouvelles règles pour les pratiques hospitalières.

Le chapitre 1 intitulé L'Etat social face au marché, présente en premier lieu l'approche polanyienne de Bruno Théret, puis la contribution de Philippe Batifoulier situant l'économie politique de la santé dans le cadre de l'économie des conventions. Tandis que Bernard Friot resitue la Sécurité sociale dans la perspective d'une émancipation des salariés et réaffirme l'importance de la cotisation sociale. Henry Noguès situe le rôle de la régulation publique dans l'accompagnement du vieillissement. Enfin Daniel Goujon traite de la pauvreté en liaison avec le développement de l'économie sociale et solidaire.

Le chapitre 2 s'articule autour des pratiques professionnelles et de la coordination collective. Franck Bessis et Olivier Favereau montrent comment le marché s'oppose aux professions. Bruno Ventelou et Yann Videau travaillent sur la motivation des médecins généralistes français ; tandis que Olivier Biencourt et Magali Robert s'attachent au concept de qualité des soins comme objet de recherche pluridisciplinaire. Pour leur part Christine VanKemmelbeke, Fanny Pelissier et Pascal Durand montrent la variabilité des pratiques professionnelles et l'incidence sur les dépenses de santé. Enfin Anne Buttard reprend le concept de réseau de santé en présentant débats théoriques et enjeux politiques.

Le chapitre 3 montre la montée de l'exigence de justice dans les politiques de santé. Chantal Euzéby et Valérie Fargeon traitent du lien entre droit à la santé et développement humain. Ariane Ghirardello et Anne-Sophie Ginon montrent la responsabilité de la décision publique dans la production ou la correction des inégalités de santé. Monique Kerleau et Jean- Luc Outin, abordent la question de la CMU, face à la pauvreté, et aboutissent à montrer un lien entre fragilité des populations et fragilité des droits. Didier Jaffre s'interroge sur l'aspect territorial, face à la nouvelle loi HPST, ainsi montre-t-il la difficile conciliation entre maîtrise des dépenses et accès territorial aux soins et souligne-t-il le peu de marges de manoeuvre des ARS. Enfin Mamadou I Barry ; Bruno Boidin et Stéphane Tizio abordent la santé dans les pays en développement, montrant les défaillances de l'aide internationale.

Le chapitre 4 analyse les nouvelles règles pour les politiques hospitalières, actuellement. Gérard Charreaux présente la gouvernance hospitalière, en montrant comment elle s'appuie sur la gouvernance d'entreprise. Caryn Mathy et Philippe Mossé déploient une étude de l'hôpital en termes d'économie politique et montrent l'évolution de l'analyse, de la fonction de production néoclassique à la théorie des contrats, jusqu'à l'économie des conventions. Jean- Paul Domin livre une lecture institutionnaliste à partir le dilemme efficacité / équité dans le financement hospitalier, à la lumière d'une approche historique et récente de l'évolution du mode de financement de l'hôpital. Enfin Jean- Pierre Claveranne, Christophe Pascal et David Piovesan, analysent la réforme en cours la T2A, en exposant son objectif de vitesse et de marchandisation.

Note du Dr Michel Limousin (26/2/ 2011) :

Les mirages de la TVA sociale

Dans un article de La Tribune du 23 février 2011, Philippe Crevel tord le cou de la TVA sociale : « *La TVA sociale comme solution à nos problèmes est devenue une des meilleures antiennes du débat public. Elle est censée résoudre tout à la fois notre problème de coût du travail, notre déficit commercial et améliorer la situation de nos finances publiques. Or, si l'idée peut apparaître séduisante, elle repose sur de nombreux contresens et contrevérités. Son application, en 2011, ne réglerait pas nos problèmes et pourrait même les aggraver* ». Les arguments développés méritent d'être reportés ici.

La création de la TVA s'accompagne-t-elle d'une baisse des charges sociales qui améliorerait la compétitivité des entreprises et pourrait être génératrice d'em-

ploi ? « En matière d'impôt, il ne faut pas oublier une règle, c'est toujours le consommateur final qui le paie. Relever la TVA pour taxer les produits chinois, c'est dans les faits taxer le consommateur français. Dans le prix d'un produit de consommation courante (habillement par exemple), le coût de fabrication intervient pour moins de 10 %. La majoration de la TVA frappera donc des prestations d'origine française. L'impact recherché sur l'emploi ne sera donc pas à la hauteur des espérances. Compte tenu des écarts de salaire, le transfert de charges sociales sur la TVA ne changera qu'à la marge la compétitivité des produits français car l'ensemble de la chaîne devra supporter la TVA ».

L'augmentation du taux de TVA augmentera-t-elle réellement les recettes de l'Etat ? L'auteur souligne que « les entreprises ne versent que la différence entre la TVA perçue sur le consommateur et la TVA acquittée dans le cadre de la production. L'augmentation du taux de TVA ne ferait qu'augmenter les remboursements de TVA ; le panier est ainsi en partie percé ».

Enfin il rappelle que « certaines activités, en particulier dans le secteur financier, échappent à la TVA, ce qui nécessiterait un système à deux vitesses, ou de jouer avec l'archaïque taxe sur les salaires qui n'est pas déductible et qui pénalise déjà le secteur français de l'assurance ». Ceci nous rappelle que le secteur financier échappe à la TVA et qu'il y a à regarder de côté-là pour trouver de nouvelles ressources pour l'Etat ce qui n'est pas l'objectif de Philippe Crevel, on en conviendra. Ceci nous rappelle aussi que les assurances qui gagnent tant d'argent n'ont pas abandonné leur revendication⁽⁴⁹⁾ de ne pas payer la taxe sur les salaires : pendant ce temps-là l'hôpital public la paie !

Pour certains libéraux « derrière la TVA sociale, se cachent de vieilles tentations françaises, le protectionnisme et le poujadisme ». Ces arguments ne sont pas les nôtres mais méritent d'être pensés.

Note de Catherine Mills (09/ 03/ 2011) :

Les Centres de santé en mouvement

(dir. Michel Limousin), *Le Temps des Cerises*, 2010, 395 pages.

Cet ouvrage fruit d'un immense travail collectif, fait appel à la créativité des grands acteurs des centres de santé en France. Il s'agit d'un travail très original. Il est animé par l'idée forte selon laquelle les centres de santé

en France sont porteurs d'avenir, à partir d'une forme originale d'exercice de la médecine, coordonnée, concertée, pluridisciplinaire, efficace et permettant l'accès aux soins de toutes les populations en marchant vers la gratuité des soins. Cette forme d'accès aux soins est caractérisée par l'accent mis sur le malade au centre du système de santé. Le Docteur Michel Limousin qui a coordonné cet ouvrage montre qu'ils répondent aux besoins des populations au niveau d'un territoire. Ils répondent à des objectifs sociaux : faire accéder toutes les populations aux soins et favoriser le lien social. Ils poursuivent des objectifs médicaux : offrir une médecine moderne et de qualité, tout en répondant aux aspirations nouvelles des jeunes médecins. Ils définissent aussi des objectifs de santé publique : promouvoir l'éducation à la santé, la prévention, le dépistage et la promotion de la santé, au lieu d'une seule approche curative et réparatrice des soins. En outre ces centres de santé sont efficaces, visent une utilisation économe des moyens en visant de meilleurs résultats dans l'intérêt des malades, ce que permet une gestion coordonnée, pluridisciplinaire et démocratique centrée sur la participation de tous les personnels. Les centres de santé sont en mouvement, au lieu de les rétrécir vers une approche traditionnelle, du passé, marqués par une logique à la fois libérale et de rationnement, comme les «maisons de santé» ou les «maisons médicales», les pouvoirs publics devraient les reconnaître, les promouvoir comme facteur de promotion d'un nouveau système de santé combinant médecine de qualité, et accessibilité à tous.

L'ouvrage contient 37 chapitres, ceux-ci sont regroupés autour de 7 grandes parties: présent et histoire des centres de santé, structuration progressive du mouvement des centres de santé, leur mission sociale, gestion diversifiée, les centres de santé comme lieu de formation, de nouvelles pratiques professionnelles, les métiers de santé, dans les centres de santé. Dans une introduction Michel Limousin présente les valeurs, le sens et le mouvement des Centres de santé. La première partie, comprend 2 chapitres. Le chapitre 1 rédigé par Dr Eric May montre la réalité des centres de santé d'aujourd'hui. Le chapitre 2 réalisé par Véronique Solano rappelle l'histoire de ces centres. La 2^e partie sur la structuration progressive du mouvement de centres de santé, comprend 7 chapitres. Alain Brémaud et Jean- Louis Godier étudient, pour leur part l'histoire de l'Union syndicale des médecins des centres de santé. Jean- Victor Kahn se centre sur le syndicat des chirurgiens dentistes. Loïc Coudray sur l'association des Kinésithérapeutes. David Hourri sur la Fédération nationale des Centres de santé. Il existe aussi un Regroupement national des Organisations gestionnaires des Centres de santé présenté par Laurent Eveillard. Tandis que Claude Chavrot veut promouvoir le rôle des usagers d'un centre de santé, à partir de son

⁴⁹ C'est une des principales revendications de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance.

expérience à Gennevilliers. Eric May pour sa part revient sur le dernier Congrès national des centres de santé : des centres en mouvement face aux problèmes d'aujourd'hui. La troisième partie retrace la mission sociale des centres de santé, et comprend 7 chapitres. Fabien Cohen situe les centres de santé dans la protection sociale française. Alain Brémaud pour sa part présente une étude sur la montée des inégalités sociales de santé et le recul de l'accès aux soins. Jérôme Host poursuit cette analyse en montrant comment la promotion de la santé est au cœur de la lutte contre les inégalités sociales. Tandis que Alain Brémaud insiste sur l'aspect pluridisciplinaire des centres de santé avec le rôle des personnels non soignants. Concernant les inégalités de santé, Frédéric Villebrun et Richard Lopez reviennent sur l'étude Epidauré et sur la prise en charge de la précarité. Gilles Lazimi retrace l'accueil des étrangers précaires. Enfin dans le dernier chapitre de cette partie il décrit la consultation de psycho-traumatologie en centre de santé. La quatrième partie de l'ouvrage aborde la gestion diversifiée des centres de santé. Ainsi Catherine Roncin présente la mutualité, comme organe social, vivant et complexe. Marie- Pierre Colin, s'attache aux centres de santé associatifs. Victoria Fediaevsky étudie les centres de santé infirmiers. Jean-Louis Hourtoulle travaille sur les centres de santé miniers. Fabien Cohen montre le rôle des centres de santé dentaires. Alain Lesieur revient sur l'accord national et la notion de tiers payant. Enfin Patrice Voir montre les relations entre commune, santé publique et centres de santé.

La cinquième partie de l'ouvrage s'attache aux centres de santé comme lieu de formation. Guirec Loyer présente la formation des personnels. Mohad Djouhab étudie le lien avec l'université. Tandis que Michel Limousin revient sur le prix Jean – François Rey un des initiateurs de la santé publique. La cinquième partie est regroupée autour des nouvelles pratiques professionnelles. Eric May établit le lien en centres de santé et révolution informationnelle. Anne Moulin s'intéresse à l'exercice coordonné et protocolé. Dans un autre chapitre elle montre qu'il existe une délégation des tâches dans les centres de santé. Tandis qu'Eric May présente le contrat des praticiens en centre de santé : en retraçant l'histoire, l'état des lieux et les enjeux. Enfin Michel Limousin montre que les centres de santé sont des acteurs économiques.

Dans la dernière partie de l'ouvrage est retracée la diversité des métiers de santé dans les centres de santé. Jean-Victor Kahn étudie la santé bucco-dentaire. Danièle Messan la kinésithérapie. Véronique Chartin le travail infirmier. Michel Limousin se centre sur les laboratoires d'analyse médicale. Brigitte Bolner s'intéresse à l'engagement des centres dans le programme national de dépistage des cancers. Enfin dans la conclusion de l'ouvrage

Alain Beaupin dégage des perspectives d'avenir pour les centres de santé.

Cet ouvrage constitue un travail sans précédent sur l'apport et les difficultés actuelles de ces centres, asphyxiés par les réformes régressives du système de santé, alors qu'ils représentent au contraire un modèle de nouvelles pratiques d'exercice de la médecine ; pluridisciplinaire, concertée, coordonnée, en appelant à la participation de tous les métiers et personnels, bien ancrés dans un territoire, répondant aux besoins des populations, à la fois de qualité et permettant l'accès précoce aux soins de tous.

Note de Paul Cesbron (27 mars 2011) :

Inégalités socio-sanitaires en France

Alain Trugeon, Nadège Thomas, François Michelot, Bernadette Lémery, 2010, Elsevier Masson

Pourquoi faut-il lire, malgré tout, « Inégalités socio-sanitaires en France ».

Il ne s'agit pas d'un livre de chevet, ni d'un essai philosophique sur les inégalités, mais bien d'un instrument de travail. Et l'épidémiologie, comme la démographie ont leurs aspérités. En particulier pour les non spécialistes. De belles cartes de France, même coloriées, peuvent être ardues. C'est le cas. Alors non sociologues-démographes s'abstenir ? Bien au contraire, tous ceux qui s'intéressent à notre santé, celle de nos régions, celle des différentes catégories socioprofessionnelles, celle de l'offre de soins, doivent s'y plonger. D'une part pour se familiariser avec ces données fort complexes et d'autre part afin de mieux connaître les réalités socio-sanitaires de notre pays. C'est indispensable à tous les militants du soin, qu'il s'agisse des associatifs, des syndicalistes ou des politiques.

S'ils se fixent pour but la défense de la justice dans l'accès aux soins, et la promotion de leurs qualités et de leurs progrès, il n'est pas d'autre méthode que d'analyser d'abord la réalité.

C'est ce que nous propose cet ouvrage issu du travail collectif des équipes de la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé. D'autant plus instructif qu'il compare deux périodes 1999 et 2006. Il nous apprend les évolutions sociales et sanitaires de la France, favorables en moyenne mais inégales. Et plus graves, creusant les inégalités. Si toute stagnation est pré-occupante, ce qui n'est pas constaté jusqu'en 2006, toute injustice dans les progrès sanitaires est inacceptable. La démonstration en est limpide et conforte le constat de l'Institut national de veille sanitaire dans un travail plus récent (bulletin épidémiologique hebdomadaire, 8 mars 2011). On peut s'inquiéter pour la suite de ces recherches

lorsqu'on projette l'élévation des risques liés à la dégradation sociale depuis la période étudiée. D'autant que des marqueurs importants nationaux et internationaux, aussi faibles soient leur variation, viennent illustrer ces menaces : mortalité infantile en France et durée de vie moyenne aux Etats-Unis.

Cette préoccupation est d'ailleurs partagée. Si le Haut Conseil de la Santé Publique introduit cette publication par un rappel de son dernier rapport (2010, la documentation française) soulignant la nécessité de « sortir des logiques de fatalité », c'est bien sans doute que les inégalités de santé deviennent scandaleuses.

Didier HOUSSIN, directeur général de la Santé, partage également ce constat en affirmant dans l'avant-propos du livre que la « *promotion de l'égalité devant la santé doit être l'une des finalités majeures des politiques de santé* ».

« Majeures » en effet et ce collectif de chercheurs en démographie de la santé nous incite à saisir les liens obtenus par croisement des données, entre la santé d'une population et ces conditions sociales.

Mieux qu'un manifeste c'est un outil dont il faut nous emparer. Avec cette forte volonté d'en faire, malgré son aridité, un instrument au service de la justice.

Note de Michel Limousin (25/3/2011) :

La crise systémique : une crise de civilisation

(Note de la Fondation Gabriel Péri, décembre 2010)

Par Paul Boccara, Maître de conférences honoraire en sciences économiques et aussi Agrégé d'Histoire, dirigeant de la commission économique du Pcf.

Le maître mot de cette intéressante mais trop courte note de 40 pages publiée par la Fondation Gabriel Péri est l'anthroponomie. C'est-à-dire une approche globale de l'Homme au-delà de la simple lecture économique et sociologique traditionnelle. Paul Boccara innove en présentant ici un texte qu'il a donné lors d'une audition au Conseil économique, social et environnemental en septembre 2010. Il y fait une analyse globale de notre crise de civilisation et avance de nouvelles perspectives. La crise financière et économique de 2008-2010 a fait voler en éclats les illusions sur le monde dominé par le néo-libéralisme. Cet ouvrage ne se limite pas à la crise du capitalisme. Il l'intègre dans la crise de toute la civilisation occidentale et de sa mondialisation. Il insiste sur les rapports politiques, parentaux, démographiques, culturels, jusqu'aux défis des intégrismes. Il met en évidence les révolutions technologiques et les mutations sociétales. Des propositions de maîtrise et de dépassement des marchés, mais aussi des délégations de pouvoirs, visent une civilisation de partages de toute l'humanité, favorisant les activités sociales libres de chacun. Le plan est très structuré et l'argumentaire est synthétique. Gageons que cette note soit l'esquisse d'un ouvrage de plus grande ampleur. En tous cas nous l'attendons.

Le courrier des lecteurs

Médiateur & AFSSAPS

(suite du courrier précédent publié dans le N° de janvier 2011)

Par Michel Katchadourian

Le rapport de l'Inspection des affaires sociales sur l'affaire Mediator, rendu public, nous éclaire un peu mieux. Les laboratoires Servier sont accusés d'avoir exercé des pressions, les autorités sanitaires, ont été défaillantes et n'ont pas rempli leurs missions. De profonds changements dans la politique du médicament sont devenus obligatoires, les finalités doivent changer. Passer d'une exigence de résultats boursier à court terme à une exigence de santé publique et économique efficace, nécessaire, une véritable intervention citoyenne !

Les premières lignes du rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) consacré au Mediator donnent le ton :

« Dès l'origine, la stratégie de positionnement du Mediator par les laboratoires Servier était en décalage avec la réalité pharmacologique de ce médicament ». Pour l'IGAS en effet, « au moment où le Benfluorex (le nom du Mediator en dénomination commune internationale) va être mis sur le marché (en 1976), la préoccupation des laboratoires Servier est de présenter ce nouveau médicament comme ce qu'il est peut-être, un adjuvant au traitement des hyperlipidémies et du diabète de type II, et non comme ce qu'il est à coup sûr, un puissant anorexigène ».

Tout au long du premier chapitre de son copieux rapport sur le sujet, l'IGAS s'attache à démonter la stratégie qu'elle prête à Servier, soupçonné d'avoir voulu dissimuler le fait que le principe actif du Mediator, le Benfluorex, est un précurseur de la Norfenfluramine, une molécule dont les autorités de santé ont constaté dès 1995 qu'elle favoriserait l'apparition de l'hypertension artérielle pulmonaire (HTAP).

L'IGAS accuse ainsi Servier d'avoir retiré une phrase évoquant ce lien entre Benfluorex et Norfenfluramine d'un document communiqué à l'AFSSAPS en 1999. Plus grave encore, le rapport précise que *« la mission a eu connaissance de pressions exercées par des personnes appartenant au laboratoire Servier sur des acteurs ayant participé à l'établissement de la toxicité du Mediator »*. Dans un communiqué publié peu après la publication du rapport de l'IGAS, les laboratoires Servier s'étonnent *« des responsabilités qui semblent leur faire porter les conclusions du rapport, qui ne leur apparaissent pas conformes à la réalité »*. Le laboratoire assure avoir *« toujours travaillé en étroite collaboration avec les instances de pharmacovigilance et les autorités de santé, dont ils ont scrupuleusement appliqué toutes les décisions »*.

Dans un 2^e chapitre, le rapport évoque *« l'incompréhensible tolérance de l'Agence du Médicament (devenue l'AFSSAPS en 1998) à l'égard du Mediator »*. L'IGAS note, par exemple, que lors de la validation a posteriori de l'ensemble des AMM obtenues avant 1976 (exigée par une directive européenne), *« les indications thérapeutiques du Mediator sont alors réduites de façon très importante. Seule est validée en 1987 l'indication relative aux hypertriglycéridémies, mais l'indication relative au diabète n'est pas retenue. Or, cette limitation ne va pas être appliquée »*. Et lorsque, finalement, cette modification d'AMM interviendra (en avril 1997), *« elle sera de façon incompréhensible annulée le 5 juin 1997 »*, poursuit le rapport qui précise que *« la firme recevra un courrier l'autorisant à maintenir la seconde indication »*.

La pharmacovigilance en accusation

L'IGAS pointe ensuite *« les graves défaillances du système de pharmacovigilance »*. Bien que les comités techniques de pharmacovigilance (CTPV) se soient penchés sur le Benfluorex dès 1995, notamment à cause de sa dangerosité potentielle due à sa parenté avec les fenfluramines, et à cause de ses effets indésirables, *« pendant 10 ans, de 1995 à 2005, ce point ne sera pas inscrit à l'ordre du jour de la commission nationale de pharmacovigilance (CNPV), en dépit de 17 réunions du CPTV »*.

En conclusion, l'IGAS note que *« le déroulement des événements relatés dans le rapport est très largement lié au comportement et à la stratégie des laboratoires Servier qui, pendant 35 ans, sont intervenus sans relâche auprès des acteurs de la chaîne du médicament pour pouvoir poursuivre la commercialisation du Mediator pour en obtenir la reconnaissance en qualité de médicament antidiabétique »*.

Quant à l'AFSSAPS, elle y est qualifiée de *« structure lourde, lente, peu réactive, figée dans une sorte de bureaucratie sanitaire »*. Le rapport pointe enfin du doigt les ministres qui se sont succédés au portefeuille de la Santé, qui auraient géré *« avec lenteur les remboursements de médicaments à SMR (service médical rendu) insuffisant, aboutissant dans le cas du Mediator à des résultats inverses à ceux recherchés »*.

Réforme du financement de l'AFSSAPS

Dans son intervention qui a suivi la présentation du rapport de l'IGAS, Xavier Bertrand a annoncé que l'Agence serait dorénavant financée directement par l'État, et que la pharmacovigilance pourrait être confiée à l'INVS (institut national de veille sanitaire). Avant l'été, a-t-il assuré, il proposera les grandes lignes d'une réforme des agences sanitaires. Dans l'immédiat, Xavier Bertrand demande à l'AFSSAPS un bilan des études portant sur les 76 médicaments faisant actuellement l'objet d'un

suivi pharmacologique. Le ministre veut aussi que toute convention passée entre des laboratoires et des médecins, des experts ou des sociétés savantes, soit désormais publique et consultable.

Le rapport de l'Inspection des affaires sociales sur l'affaire Médiateur, oublie juste l'auto critique !

En effet son auteur, est Aquilino Morelle, auteur d'un livre sur la santé publique en 1996, puis ex-conseiller de Kouchner et de Jospin durant son séjour à Matignon. Durant cette période, ont été mis au point les procédures de « service médical rendu » et « amélioration du service médical rendu », des usines à gaz médico-économico-politique, où la décision véritable était en fait prise dans les cabinets ministériels !

Quitter la voie qui mène à la médecine comme beaucoup pour celle qui conduit aux commandes de l'Etat, c'est dommage et engendre souvent des frustrations !

Si les rapporteurs de l'IGAS ne se dénoncent pas aussi eux-mêmes, c'est qu'ils ne veulent pas être à la fois juges et parties... ! Pour boucler la boucle de la transparence, l'IGAS aussi devait être soumise à une étude indépendante !

Au delà de l'affaire du Médiateur c'est toute une réflexion sur le médicament et la recherche en France qui s'impose !

Les seuls combats perdus sont ceux que l'on ne mène plus !

Il n'est pas possible de traiter de l'avenir du médicament comme de l'avenir de la santé en général, hors du contexte social, économique, géopolitique, culturel et philosophique.

La France est affaiblie à l'aube d'une seconde révolution thérapeutique, celle des biotechnologies, des thérapies géniques, de la thérapie cellulaire, des bio-marqueurs et des traitements personnalisés. Car depuis plusieurs décennies, les performances reculent en matière d'innovation thérapeutique et si la réaction n'est pas rapide, nous serons inaptes à répondre aux besoins des citoyens. Cette indépendance sanitaire appelle, à la mobilisation des compétences que recèle notre pays dans le domaine des sciences de la vie, afin de répondre à l'immensité de la tâche à accomplir pour satisfaire les besoins de santé, mais aussi de croissance économique d'emplois qu'elle peut lui apporter. La demande mondiale de médicament a augmenté de 7% l'an entre 1990 et 2003, soit deux fois plus vite que le PIB de la France ! Mais dans le même temps, la France a perdu un point du marché mondial du médicament, soit l'équivalent de 2% du PIB français, au profit de ses concurrents que sont les Etats-Unis, le Royaume-Uni, la Suisse ou la Suède qui savent saisir

les opportunités qu'offre le marché mondial du médicament pour tirer leur croissance économique. Autrefois deuxième pays découvreur de médicaments, la France est désormais 6^e, devancée par les Etats-Unis, l'Allemagne, le Royaume-Uni, le Japon et la Suisse. Poursuivra-t-on la dégringolade en se laissant dépasser par l'Inde, la Corée et la Chine ?

Autre question, celle de l'emploi, 100 000 directs, 300 000 indirects, pour l'industrie pharmaceutique en France. Dans une commune comme Gentilly, c'est pire 1 emploi chez Aventis, c'est 4 pour la commune avec l'effet domino !

Prenons le cas des biotechnologies. D'abord c'est une expression très vaste et qui couvre l'avenir des médicaments. Si vous comparez les Etats-Unis et l'Europe, pour le nombre de chercheurs, vous en avez presque 180 000 aux Etats Unis contre 95 000 en Europe le budget européen est le tiers du budget américain. L'intérêt du malade, c'est cela l'objectif, qui vivra de plus en plus longtemps et de mieux en mieux. Mais une fois qu'on a dit cela, il faut aussi, à un moment déterminé, se dire qu'il faut s'en donner les moyens. Humains et financiers.

Les innovations thérapeutiques marquantes en Europe au 20^e siècle ?

Il y a eu une vraie révolution thérapeutique juste après la guerre, révolution qui a commencé avec les antibiotiques, mais qui a également concerné tous les domaines de la pathologie. Grâce à la science mais aussi grâce à la mise en place de la sécurité sociale en 1945 !

Quoi que l'on puisse entendre, le bilan est positif si nous le mettons en regard avec notre espérance de vie. Par contre si nous le mettons en regard avec la guérison des maladies, nous sommes encore loin du compte : il n'y a qu'une maladie sur trois que l'on sait guérir. Mais dans les pays en voie de développement, il faut avoir conscience que c'est une maladie sur huit (au mieux une sur six). Cela signifie qu'il reste plein de maladies à guérir, d'enfants, d'hommes et de femmes à sauver.

En 40 ans, nous avons eu plus de 20 plans différents de restructuration de la Sécurité sociale, plans qui à chaque fois se sont faits aussi aux dépens du médicament et de la recherche. Un milliard d'euros sont maintenant nécessaires pour découvrir un médicament, oui la recherche coûte cher, mais aussi le développement (le développement c'est tout ce qui va permettre les expérimentations toxicologiques, pharmaceutiques, cliniques pour amener le médicament à l'autorisation de mise sur le marché).

Dans cette situation la question des génériques doit être débattue !

Si je me suis autant investi sur le dossier du médicament, c'est aussi pour de raisons personnelles. Si les malades deviennent des experts de leur maladie, les parents des enfants malades aussi ! En 20 ans j'ai pu juger combien les médicaments contre l'asthme avaient progressé, tant sur le fond du traitement que sur la forme. Ces progrès participent bien évidemment à la qualité du traitement mais aussi à sa bonne observance et on peut dire la même chose pour le diabète par exemple ! Dire que deux médicaments sont identiques parce qu'ils ont la même molécule est, soit une erreur, soit un mensonge !

La consommation de médicaments est caractérisée, en France, par des prix encadrés pour les médicaments remboursés par la sécurité sociale et des volumes importants. Le médicament générique ne répond pas réellement à la situation du marché: il ne donne qu'un avantage minime en France en matière de prix, ce qui n'est pas le problème essentiel. Il est impossible, à moins d'atteindre des prix par boîte économiquement insupportables, d'amortir les frais de recherche sur le seul médicament qui en est issu. L'importance des budgets de recherche et de développement est de 1 à 1,5 milliard de francs pour un nouveau produit. Il faut donc amortir ces frais sur tous les médicaments du laboratoire. Si certains de ces médicaments sont copiés par des génériques, leurs prix devront diminuer pour qu'ils puissent continuer d'exister.

Mais, du coup, ils ne pourront plus cotiser à l'effort de recherche du laboratoire, même si celui-ci est nationalisé demain ou après demain !

Le médicament, ni ange, ni démon !

La démographie constitue également, bien sûr, une donnée essentielle des besoins en médicament à venir. La planète compte des milliards d'humains. Le monde industrialisé représentera une population stable et vieillissante d'environ neuf cents millions d'individus alors que les pays en voie de développement compteront plus de 5 milliards de personnes d'âge moyen jeune avec un fort taux de reproduction. Cette population souhaite et doit accéder aux thérapeutiques classiques, ce qui créera une augmentation en quantité de besoins de médicaments. Le combat contre la maladie ne sera jamais terminé. Voilà la dimension de l'enjeu que le médicament de demain aura à relever. De nouvelles maladies sont sans cesse émergentes.

Quel est l'expert qui aurait prédit l'apparition du SIDA ? D'autres maladies infectieuses, en particulier, que

l'on croyait disparues sont résurgentes. Il y a quarante ans, dans nos pays, nous étions convaincus d'avoir maîtrisé la tuberculose ! Elle concerne encore aujourd'hui 1/3 de la population mondiale et provoque trois millions de morts chaque année. Le progrès social, les progrès de la science sont complémentaires pas opposables afin de répondre aux besoins des populations.

Pour les pays industrialisés, la déformation de la pyramide des âges au profit de la tranche d'âge élevé et l'allongement la durée de la vie pose aujourd'hui un problème évident de financement des systèmes de retraites, mais que dire des maladies liées à l'âge qu'il faudra vraiment prévenir ou rendre supportables par des thérapeutiques spécifiques. L'attitude politique actuelle et ancienne en matière sociale, qui consiste à diminuer l'offre de soins pour en diminuer les coûts, est caduque !

Nous nous trouvons obligés de proposer une offre, que ce soit en travailleurs sociaux, en hébergements et en médicaments, en soins qui doit correspondre aux besoins spécifiques de populations vieillissantes ou non, besoins qui seront croissants et incompressibles, sauf à faire disparaître certaines tranches de population âgées, malades, handicapées !

Après tout, le dernier débat sur l'euthanasie n'était peut-être qu'un ballon d'essai, sans contre-pouvoir, le capitalisme n'ayant aucune limite.

Santé & environnement :

Par André Brunstein

L'Office Mondial de la Santé (OMS) dans un récent rapport affirme que jusqu'à 24 % des maladies dans le monde sont causées par des expositions environnementales qui peuvent être évitées. « *Ce rapport publié représente une contribution majeure aux efforts en cours pour mieux définir les liens entre environnement et santé,* » a déclaré le D^r Anders Nordström, Directeur général de l'OMS par intérim. « *Nous avons toujours su que l'environnement avait une très profonde influence sur la santé, mais les estimations faites dans ce rapport sont les meilleures qui aient été réalisées jusqu'à présent.* » Près du tiers des décès et des maladies qui surviennent dans les régions les moins développées sont provoquées par l'environnement. Plus de 40 % des décès des suites du paludisme et environ 94 % des décès provoqués par des maladies diarrhéiques, deux des principaux tueurs d'enfants au niveau mondial, pourraient être évités par une meilleure gestion de l'environnement. 33 % des maladies qui touchent des

enfants de moins de 5 ans sont causées par des expositions environnementales

Qu'est ce que l'environnement ? Il est défini comme « l'ensemble des éléments (biotiques ou abiotiques) qui entourent un individu ou une espèce et dont certains contribuent directement à subvenir à ses besoins », ou encore comme « l'ensemble des conditions naturelles (physiques, chimiques, biologiques) et culturelles (socio-logiques) susceptibles d'agir sur les organismes vivants et les activités humaines ».

Santé & Environnement : Dans sa définition de « santé & environnement », l'OMS considère l'ensemble des problèmes de santé qui ne sont pas d'origine génétique ou qui ne relèvent pas, comme le tabagisme par exemple, d'un choix individuel. Cette définition intègre ainsi, par exemple, les accidents domestiques, l'obésité, l'activité sportive ainsi que les pathologies à caractère professionnel. Le thème santé & environnement est considéré comme l'ensemble des interactions entre l'homme et son environnement, et les effets sur la santé liés aux conditions de vie (expositions liées à la vie privée et/ou professionnelle...) et à la contamination des différents milieux (eau, air, sol,...).

Les pathologies en Europe : En lien avec les risques sanitaires liés à l'environnement, les pathologies les plus couramment citées sont notamment : les cancers, les allergies et maladies respiratoires, les accidents cardiaques, des perturbations du système de reproduction, des troubles neurologiques, la légionellose, le saturnisme, les intoxications à l'oxyde de carbone, etc...

En France on constate officiellement :

- Une progression de la stérilité, une baisse de la spermatogénèse
- 30 % des cancers seraient d'origine environnementale. Ils ont augmenté de 63 % en 20 ans, près de 400 000 nouveaux cas par an. Des études, des polémiques sont en cours mais personne ne nie la tendance générale à la hausse
- Depuis des décennies, une progression de l'utilisation de produits chimiques en tout genre dont on ne connaît pas réellement les effets, en particulier ceux utilisés en agriculture et dans l'alimentation.
- 42 000 décès prématurés du fait de la pollution atmosphérique.
- 1 200 à 1 900 décès dus au radon.
- 4 400 enfants atteints de saturnisme.
- 19 000 accidents de la vie courante.
- 3 000 décès par an dus à l'amiante.
- Chez les moins de 25 ans, de 5 à 10 % atteints de déficience de l'audition

- 1 200 décès dus à la légionellose.
- 5 000 décès dus à une intoxication à l'oxyde de carbone.
- Les allergies sont en forte progression.

La liste n'est malheureusement pas close de nouveaux paragraphes s'inscrivent chaque jour.

Santé & Palestine

Par Gisèle Cailloux (Suresne)

Je vous signale quelques extraits du rapport du 13 mai 2010 de l'OMS sur la Palestine :

- La croissance économique dans le territoire palestinien occupé a continué de diminuer depuis 2006. Un récent rapport de la Banque mondiale montre que le produit intérieur brut par habitant s'établit désormais à 30 % au-dessous du niveau de 1999, ce qui traduit l'effet combiné du ralentissement de l'activité économique et de l'augmentation de la population. En 2008, le produit intérieur brut par habitant était à peine au-dessus de 1000 dollars US contre 1500 en 1999.
- Les derniers chiffres disponibles concernant la pauvreté montrent qu'au troisième trimestre 2008, 51 % des Palestiniens vivaient au-dessous du seuil de pauvreté et 19 % dans une extrême pauvreté. À la même date, les taux de pauvreté en Cisjordanie étaient de 48 % et de 56 % dans la bande de Gaza.
- Globalement, le chômage dans le territoire palestinien occupé a légèrement diminué au cours du troisième trimestre 2009 (31,4 % contre 32,7 % au troisième trimestre 2008), mais le chômage des jeunes atteint 67 %. En mai 2008, 70 % des familles avaient un revenu de moins d'un dollar par personne et par jour.
- L'insécurité des approvisionnements dans la Bande de Gaza touche 56 % de la population contre 25 % en Cisjordanie. L'insécurité des approvisionnements alimentaires a augmenté de 10 % au cours des deux dernières années. Elle atteint 50 % dans les camps. La pauvreté dans les communautés affectées par le mur dépasse 65 % en 2008.
- Dans la Bande de Gaza, les entreprises privées sont pratiquement paralysées par le blocus. La quasi totalité des entreprises industrielles (98 %) ont fermé. Le secteur de la construction, qui avant septembre 2000 occupait 15 % de la population active, est pratiquement à l'arrêt. Seules 258 entreprises industrielles étaient en activité à Gaza en 2009 contre plus de 2400 en 2006. Le taux de chômage a donc

explosé pour atteindre 42% (contre 32% avant le blocus).

Le blocus a conduit à des pénuries aiguës de combustibles, de liquidités et de gaz pour la cuisson ainsi que d'autres fournitures de base.

- Les récentes opérations militaires israéliennes dans la Bande de Gaza ont entraîné la destruction de plus de 2482 hectares de cultures.
- Progressivement réduite, la zone de pêche autorisée a été ramenée à trois milles nautiques en 2009. L'emploi dans le secteur de la pêche a diminué de 66% depuis 2000 et il n'y avait plus que 3400 pêcheurs en activité début 2010.
- Je passe sur l'interdiction frappant l'importation des matériaux de construction rendant impossible toute reconstruction... sur l'approvisionnement en électricité toujours en crise dans la bande de Gaza ...

Sur l'accès aux soins de santé, l'OMS fait état de préoccupations particulières, car les restrictions au mouvement et à l'accès sont particulièrement dures. L'effet du mur de séparation et les difficultés d'accès à Jérusalem-Est sont également des sujets de préoccupation croissante.

- Le bouclage de la Bande de Gaza entrave le fonctionnement du système de santé, la fourniture de matériel médical et la formation du personnel de santé et empêche les grands malades de recevoir un traitement spécialisé à temps en dehors de la Bande de Gaza.
- Les opérations militaires israéliennes de décembre 2008 - janvier 2009 ont endommagé 15 des 27 hôpitaux de la Bande de Gaza et endommagé ou détruit 43 des 110 centres de soins de santé primaires. À la suite de l'interdiction frappant l'entrée des matériaux de construction, il a été impossible pour les autorités sanitaires de reconstruire ou de réaménager ces centres.
- La proportion des enfants anémiques atteignait 65,5% en février 2009.

A cette situation s'ajoute les plans de colonisations, notamment en Cisjordanie dont une grande partie des territoires est devenue inaccessible pour les Palestiniens, et à Jérusalem-est annexée, colonisations qui se traduisent par l'expulsion des occupants palestiniens sans compter les difficultés d'accès avec la multiplication des check points.

Assurance maladie : la main destructrice du MEDEF

Par Bernard Lamiran, syndicaliste CGT

Le Medef vient de réaliser un projet visant à remettre en cause totalement la sécurité sociale branche maladie. Après la retraite à 62 et 67 ans, voici à l'œuvre les patrons pour détruire la plus belle conquête sociale, celle de l'assurance maladie, à laquelle Ambroise Croizat, ministre du travail et de la sécurité sociale de 1945 à 1947, a consacré toute son énergie à partir du programme du Conseil National de la résistance. Programme dont dernièrement Denis Kessler, ancien vice président du Medef et assureur privé, déclarait dans le périodique *Challenge* «qu'il fallait en finir avec le compromis social de 1945 entre les communistes et De Gaulle».

En fait, l'esprit de revanche n'a jamais quitté le patronat français qui, en 1945, n'avait plus le rapport de force nécessaire pour s'opposer avec une CGT à 5 millions d'adhérents et un parti communiste frôlant les 30% aux élections politiques de l'Assemblée constituante. Ce patronat qui avait en grande partie collaboré avec les nazis était totalement discrédité. C'est avec un esprit de revanche, dès les années 47, qu'il s'est évertué à saper le contenu progressiste de la Sécurité sociale et nous avons pu voir avec quelle ténacité, depuis ce temps, il démolit «petit à petit» les fondements de la solidarité en matière de Sécurité sociale. Ce projet inique se présente comme l'arme ultime d'un coup de grâce à donner à la solidarité et tuer ce qui a fait la renommée de la France sur le plan social et dont dernièrement ces augures malsaines disaient que le pacte social français avait contribué à protéger les français des conséquences de la crise.

Pressé par les échéances électorales, le Medef active actuellement tous ses réseaux et fait du lobbying tant auprès de Sarkozy que des députés et sénateurs qui lui sont favorables pour parvenir avant les échéances présidentielles à une remise en cause totale de l'assurance maladie solidaire.

Premier front, le financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO): «l'AMO est aujourd'hui financée à 90% par les actifs et 10% par les retraités, alors que les prestations concernent 60% des actifs et 40% des retraités» est-il dit par le Medef. En clair, un rééquilibrage devrait se faire en faisant payer davantage les retraités. Ainsi retraités et futurs retraités cotiseraient 2 fois pour leur assurance maladie: en activité et en retraite. D'ailleurs est sur rail la révision du niveau de la cotisation CSG retraitée, par exemple: la fondation Terra Nova, proche du PS, fait des propositions : aligner la fiscalité des retraités sur celle

des actifs ; et des experts du Cevipo proposent eux aussi que la CSG retraités qui est de 6,6 % soit alignée sur celle des actifs qui est de 7,5 %. Aligner les deux, est-il dit, rapporterait 3 milliards d'euros par an.

Ces cabinets d'expertise n'envisagent jamais de revoir les cotisations dites patronales. Ces études, assurément, évitent, on s'en doute, de s'adresser au Medef pour une augmentation des cotisations sociales entreprise (et non pas employeur), lui qui bénéficie déjà d'exonérations exorbitantes (Pour 2011, le gouvernement persiste et signe, près de 30 milliards d'euros d'exonérations sont prévues alors que les ressources de la sécu sont déjà malades du chômage, du ralentissement économique, des bas salaires).

Et l'argumentation tombe comme un fruit mûr après ce long travail de sappe du Medef, l'acte d'accusation du système est dressé : *« les cotisations qui sont des salaires différés, sont assimilables à des cotisations socialisées. Elles représentent la moitié des ressources. L'impôt a pris le relais. Dès lors, le financement actuel est hybride, éloigné d'un financement assurantiel, plus proche d'un dispositif de solidarité. L'évolution dans le temps des prestations corrobore la tendance à un fonctionnement solidaire. Dès lors ne faut-il pas en tirer les conséquences et engager une réflexion systémique ».*

L'idée d'une remise à plat du système apparaît, le constat est fait que l'impôt a pris le relais, que cela l'éloigne d'un financement solidaire. Et alors, pour marquer cette situation, le Medef sort le grand jeu du déficit, déficit dont il est en grande partie responsable par les exonérations pratiquées de concert avec les gouvernements successifs, par le chômage et la crise aussi : et il est dit *« Même si la crise a accentué le déficit de la Sécurité sociale, le déficit est essentiellement structurel. Il n'est pas certain que l'on puisse attendre l'échéance de 2012 pour engager tout ou partie des réformes, car les marchés financiers sont très attentifs à l'évolution de la dette française ».* L'allusion au déficit, la menace du marché et des agences de notations sont brandies pour que le gouvernement ne se contentent pas d'un ajustement à travers les seuls remboursements et quelques ajustements financiers. Et il souligne : *« un déficit croissant inacceptable ».*

Le Medef sort alors toute la panoplie des mesures à prendre et notamment la hiérarchisation de l'offre de soins. Cela veut dire qu'il faut aller plus loin que les différents taux de remboursements et mettre une partie des soins hors sécurité sociale solidaire : celle-ci devenant de ce fait un minimum assurantiel.

Imperceptiblement, l'assureur privé est sollicité à travers le terme flou des complémentaires où on y trouve les mutuelles et les grands groupes d'assurances privées qui

d'ailleurs font déjà leur publicité pour raffer un marché libéré de la Sécurité sociale. Cela amène les rédacteurs du Medef à dépasser le court terme et d'envisager une vision globale de l'économie du système de santé en y incluant toutes les dépenses et notamment celles de l'hôpital.

Cette vision globale, n'est certes pas à rejeter d'un revers de main parce qu'elle provient du Medef; la santé est un tout, comme l'avait d'ailleurs envisagé le Conseil national de la résistance et les concepteurs de la Sécurité sociale de 1945. Mais n'oublions pas que ceux qui l'ont segmentée, ce sont ceux qui aujourd'hui propose de la globaliser pour d'autres raisons : celles de maîtriser pour le profit l'ensemble santé. Ce que le patronat projette dans sa remise à plat, c'est y mettre un autre contenu que celui de la solidarité. Et il le dit clairement : *« Même si les entreprises ne nient pas leur engagement en faveur de la santé des salariés, un poids exagéré des cotisations (et leur perspective de croissance) ne favorise pas le travail en France, et nuit à la compétitivité des entreprises françaises, il serait plus équitable que la contribution ait l'assiette la plus large possible, assortie d'un taux de taxation modéré. Une telle réforme du mode de financement s'accompagnerait d'une baisse des cotisations des entreprises et des salariés. »*

L'allusion est clairement exprimée : il faut envisager une réforme qui induirait une baisse des cotisations sociales et une taxation que supporterait les contribuables. Un système fiscalisé qu'avait rejeté Ambroise Croizat en 1945, lors de la création de la sécurité sociale ; et à cette époque, l'idée de la droite et des centristes était déjà de mettre en place un financement par l'impôt comme en Grande Bretagne. On sait ce qu'est devenu ce système dans ce pays.

Mais le Medef ne se contente pas d'envisager des mesures qui le dispenseraient de financer l'Assurance maladie de la Sécurité sociale, il parle aussi de gouvernance totale de la protection sociale et s'attaque alors à l'hôpital public qui mériterait, dit-il, des réformes profondes, et il invoque l'idée que l'Etat ne doit plus être gestionnaire de l'hôpital public mais un simple régulateur de l'hospitalisation public-privé. L'attaque est identifiable : privatiser en tout ou partie les hôpitaux publics et en faire des centres de profits sur le dos des malades. Et il propose, dans son langage de gestionnaire privé : *« un business-plan ».* En clair faire de la santé, un business donc des affaires. La santé deviendrait une marchandise comme une autre soumise à la loi du marché : c'est déjà entamé dans les hôpitaux publics où le privé s'incruste petit à petit et offre ses tarifs tout en profitant des installations publiques. C'est un retour avant Croizat et la Sécurité sociale. On reviendrait aux Assurances sociales qui ont fait faillite avant guerre. Ce *« business-plan »* devrait fonctionner comme un compte d'exploitation générale, démontrant, est-il dit, de façon

chiffrée, le retour à l'équilibre. Ce qui se ferait par des mesures à la hauteur des déficits à résorber; bref, on gèrerait l'humain comme on gère une affaire commerciale.

Et l'attaque est lancée par les requérants du Medef : il y aurait trop de vieux à l'hôpital : « *le vieillissement de la population et la paupérisation croissante possible d'une partie d'entre elle à horizon 10 ans, laisse craindre un recours encore plus excessif à l'hôpital* ». Bref, après la chasse aux malades dans les entreprises : la chasse aux vieux, avec l'idée qu'ils n'ont rien à faire à l'hôpital et qu'il faut les diriger vers des établissements de soins ou médicaux sociaux pour finir tant bien que mal leurs derniers jours (l'hospice des vieux pourrait ainsi renaître de ses cendres). Et là, se dessine une autre attaque d'envergure : « *la loi de réforme hospitalière qui doit être en application sans délai, et faire l'objet d'un suivi transparent, qui permette un pilotage optimisé de l'agenda* ». On se croirait à un conseil d'administration d'un grand groupe capitaliste optimisant les résultats financiers pour produire les plus forts dividendes pour ses actionnaires.

Et pour y parvenir à ces résultats financiers, le MEDEF sait où trouver les économies à réaliser: l'humain. Comme il sait le faire à l'entreprise en réduisant ses effectifs. Il s'en prend alors aux affections de longue durée (ALD) : « *il est indispensable et possible de contenir les ALD, en ajustant les critères médicaux (entrée, sortie, interruption...)* ». Et pour frapper le public, il part dans des comparaisons avec d'autres pays : (« *le taux de 15 % de la population en ALD n'est comparable à aucun autre pays dans l'Union Européenne. Les modalités d'entrée en ALD doivent être plus strictement définies par la HAS, ainsi que l'encadrement des parcours de soins et traitements correspondants* »). Derrière ces assauts contre les ALD et en particulier concernant les diabétiques, ces derniers temps, on trouve ainsi les conseillers qui ont guidé Bachelot. D'autre part, marquer les comparaisons avec L'Union Européenne, c'est déformé la réalité : la France est reconnue par la qualité des soins pour les malades en affection de longue durée et cela nous est enviée de part le monde.

Nous y trouvons ensuite d'autres mesures : Médecine de ville qualifiée « *de surconsommation non coordonnée sans utilité avérée* » et il est indiqué : « *que la voie des franchises dont on sait qu'elle est efficace, mériterait d'être approfondie* » ; tout cela est dit d'une manière méprisante à l'égard des malades dont certains n'osent plus se rendre chez leur médecin ne pouvant payer les franchises et les forfaits. Puis vient dans ce document, le contrôle médical, une vieille marque de fabrique patronale dont le MEDEF voudrait pousser plus loin la mesure: « *il faut renforcer le contrôle des arrêts de travail (ce qui est particulièrement pertinent en période de crise)* ». On mesure là le

dédain et la morgue du MEDEF contre ces travailleurs victimes de plans dits sociaux et de l'accélération des cadences de travail et qui tombent malades et pour certains (es) se suicident.

Le Medef pousse alors les médecins à devenir des espions, des mouchards, des délateurs, et il les menace s'ils n'obtempèrent pas à leurs ukases : « *ils faut cibler les médecins qui exagèrent (à patientèle comparable) et agir sur eux, d'abord par une réinformation normative (HAS)⁽⁵⁰⁾, puis par un encadrement assorti de sanctions* ». Ainsi, les médecins de ville et de campagne, de même que la médecine du travail, devraient marcher à la baguette patronale et la « *patientèle comparable* » sera à la mesure de ce qu'est un tableau de marche de la productivité où les retardataires doivent toujours suivre la cadence des plus zélés.

La finalité de ce rapport du Medef nous entraîne à faire des hypothèses qui ne sont pas dénuées de fondements. Comme je l'ai souligné dès le départ, ce rapport vise à aller plus loin que la sape des droits à la santé en cours depuis plus d'une vingtaine d'années et notamment des premières mesures consacrant le forfait hospitalier du temps de la gauche et qui a conduit à ce que les salariés et les retraités voient sans cesse les conditions de droits à la santé s'amenuiser comme avec le plan Juppé et la CSG de Rocard. Le but est donc manifestement de s'attaquer frontalement à la Sécurité sociale et à y opposer un système de moins en moins solidaire et de plus en plus privé et donc capitalisé. Ainsi le MEDEF propose pour y arriver une autre gouvernance.

Je rappelle que là aussi un travail de sape a détérioré ce que les pères de la Sécurité sociale avaient mis en place : la démocratie par des élections directes des administrateurs: la Sécurité sociale était sous la responsabilité des cotisants, des élections avaient lieu pour désigner les administrateurs avec 2/3 représentant les salariés et un 1/3 le patronat. Le paritarisme instauré par la suite avec l'accord des organisations syndicales réformistes a permis au patronat et au gouvernement de s'accaparer non seulement de la gestion de la Sécurité sociale et en particulier de fixer le financement en mettant en place des critères comptables plutôt qu des critères de solidarité. L'État-providence est alors soumis à la rétractation patronale. Ce mot «providence», l'idée du secours, n'est pas ce que le législateur de 1945 avait souhaité mettre en place, bien au contraire, la Sécurité sociale dépassait, de par la soli-

⁵⁰ La Haute Autorité de Santé (HAS) est une autorité publique indépendante à caractère scientifique dotée de la personnalité morale et créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. La HAS est chargée d'évaluer et de certifier l'ensemble de la filière médicale (personnel, matériel, procédure, établissements). Elle rend des avis sur les projets de loi sur les soins médicaux.

darité intergénérationnelle, toutes les formes précédentes de la charité et du secours et même la mutualité dont aujourd'hui le gouvernement et le patronat voudrait faire un substitut de leurs basses oeuvres. Mais en support de ce mot providence, vient surtout l'idée pour eux d'inscrire la forme libérale du système de santé et de l'attacher prioritairement aux règles du marché libre et non faussé.

Et dans leurs documents, les encenseurs du libéralisme et du marché ne font pas simplement que de s'interroger sur le maintien ou non du système solidaire de 1945: « *L'Etat-providence, tel que nous le connaissons depuis 1945, est-il encore soutenable dans les années à venir ? Peut-il résister aux défis démographiques et surtout peut-il être sourd aux mutations du monde, et plus particulièrement au fait que les perspectives de croissance du PIB pour les 30 prochaines années seront très limitées en Europe ?* »

L'aveu est de taille, la Sécurité sociale, vu la crise durable du système capitaliste, serait une générosité que l'on ne pourrait plus se payer. Alors quelle évolution ? Le patronat français n'est pas à cours d'idées ; Denis Kessler avait demandé au Président de la République d'en finir avec un système hérité du Conseil national de la Résistance; les stratèges du MEDEF vont plus loin que lui et indiquent : « *Il y a foison de propositions de réformes systémiques, depuis le rapport Chadelat en 1998, jusqu'à de nombreuses propositions de parlementaires s'inspirant souvent d'exemples étrangers* ».

Et des propositions sont avancées:

- *Un premier niveau comprenant une assurance maladie obligatoire à minima financée par l'impôt (socle de solidarité)...*
- *Un second niveau comprenant une assurance maladie complémentaire (obligatoire ou facultative selon les versions) financée par les cotisations mais avec des aides possibles de prise en charge pour les plus démunis (ex: CMU et ACS)...*
- *Un troisième niveau comprenant une assurance maladie supplémentaire libre...*

Il s'agit bien de passer à autre chose qu'un système solidaire, universel, juste. Les propositions du MEDEF sont celles des assureurs privées qui piaffent d'impatience pour se partager les centaines de milliards de dépenses annuelles de l'assurance maladie.

Avec ce genre d'offres, c'est le retour aux assurances d'avant guerre, à un misérable minimum pour les pauvres, pour les démunis et les autres devront payer « rubis sur l'ongle » pour alimenter les actionnaires. Et le patronat pour bien se faire comprendre qu'il entend de moins en moins mettre la main au portefeuille précise : « *il convient de rappeler que sur ce dossier comme sur les*

autres, qu'il serait contre-productif d'augmenter les charges sociales, obligatoires de l'entreprise au bénéfice de l'AMO », et pour être encore mieux compris il indique: « *qu'il existe plus de flexibilité pour le financement de l'assurance maladie complémentaire* ». Carrément, ce rapport fait l'éloge de systèmes complémentaires, mutuelles comprises, pour de bonnes pratiques comme il sied dans les assurances privées.

Et il y va de quelques indications révélatrices :

- *Transfert AMO/ AMC, éventuellement au 1^{er} euro, pour des champs de petit risque ou risque modéré...*
- *Stabilisation (ou diminution) de la contribution des actifs (employeurs et salariés), et mise en œuvre de ressources complémentaire...*
- * *spécifique aux retraités*
- * *augmentation de la CSG ou TVA Sociale*
- * *augmentation des ressources autres.*

Conclusion : ce projet, qui n'est pas le premier de la part du patronat, ne doit pas être pris à la légère: la menace sur les fondements de la Sécurité sociale est là clairement exposée et l'on sait que ce dossier de l'assurance maladie fait l'objet actuellement de pression des marchés et des agences de notations. Des stratégies sont en cours de développement notamment la mise en place de la Loi pour l'hôpital, patients, santé et territoires (H.P.S.T) dont la CGT indiquait dans une conférence de presse que cette loi instaurerait moins de service public, moins de démocratie, en renforçant le pouvoir de l'Etat au détriment de la Sécurité sociale. Derrière tout ce fatras de mesures, c'est bien un retour en arrière, à une régression concernant l'offre de santé publique auxquelles les citoyens sont en droit d'attendre de leur pays et l'envers du décor, c'est bien des malades de plus en plus taxés, obligés d'attendre longtemps un rendez-vous médical ou de surseoir à une opération grave faute de place.

C'est pourquoi la CGT a fait d'autres propositions :

1) Une définition de la santé, qui, place l'individu dans son environnement familial, social, et de travail avec l'objectif de bien-être dans tous ces milieux.

2) Le développement d'un véritable service public de santé, financé et régulé par les cotisations sociales, plus près des attentes de la population, plus à l'écoute des professionnels, plus en capacité d'investir dans l'innovation.

La CGT est opposée à la financiarisation de la santé, il est inacceptable que des groupes financiers puissent reverser des dividendes colossaux à leurs actionnaires alors que la plus grande partie de leurs ressources provient des fonds socialisés de l'Assurance maladie. Ce qui vient de se produire avec le Médiateur, montre à quel point ces groupes n'ont que faire de la santé si elle ne leur rapporte pas.

Bas les pattes, le Medef !

Les documents des Cahiers

Document N°1

Vœu de la Conférence nationale Santé (CNS) relatif à l'accès aux soins des personnes ayant recours à l'aide médicale d'Etat (AME)

Nous donnons ici le texte de ce vœu dans la suite de ce que nous avons publié dans le numéro précédent des Cahiers. En effet ce document complète l'argumentaire développé. Dans son vœu adopté en séance plénière le 9 décembre 2010, la Conférence nationale de santé déplore « *que les dispositions législatives en cours d'adoption à l'Assemblée nationale et au Sénat, plus restrictives que les précédentes, conduisent à priver de soins des personnes de nationalité étrangère vivant en France, atteintes de maladies graves* ». Elle regrette que des mesures relatives à la santé soient prises sans qu'aucune étude d'impact n'ait été réalisée au préalable, contrairement aux exigences répétées dans ce sens de la CNS depuis son installation en octobre 2006.

Elle juge que les restrictions envisagées par les parlementaires « *ne peuvent aller que dans le sens d'une dégradation de la santé publique dans notre pays* » et sont de nature à faire reculer les conditions d'accès aux droits pour les étrangers malades autant que pour les Français malades bénéficiaires de l'AME parce qu'ils sont en situation de rupture de droits.

La CNS s'appuie entre autre sur le rapport 2010 de Médecins du Monde⁽⁵¹⁾ qui « *fait apparaître que près de 23 % des 25 863 personnes reçues dans les centres d'accès aux soins de sa Mission France sont des personnes dénuées de toute couverture, et que parmi [elles] se trouvent notamment de nombreux Français exclus de la couverture maladie universelle en raison du critère de résidence* ».

La rédaction

⁵¹ Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : <http://www.medecinsdumonde.org/fr/Publications/Publications/Les-rapports/En-France/Observatoire-de-l-acces-aux-soins-de-la-mission-France-Rapport-2010>

Vœu relatif à l'accès aux soins des personnes ayant recours à l'aide médicale d'Etat :

Sur la proposition de la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie de Haute Normandie, la Conférence nationale de santé a adopté le vœu dont la teneur suit : La Conférence nationale de santé déplore que les dispositions législatives en cours d'adoption à l'Assemblée nationale et au Sénat, plus restrictives que les précédentes, conduisent à priver de soins des personnes de nationalité étrangère vivant en France, atteintes de maladies graves.

Elle s'étonne, alors même que de façon constante depuis son installation le 3 octobre 2006 la Conférence nationale de santé n'a cessé de rappeler l'exigence d'étude d'impact avant d'adopter toute mesure relative à la santé, que ces dispositions aient été adoptées alors que le rapport demandé par le ministre chargé de la santé aux inspections générales des finances et des affaires sociales n'ait pas été remis.

De telles restrictions ne peuvent aller que dans le sens d'une dégradation de la santé publique dans notre pays.

En outre, elles sont de nature à faire reculer les conditions d'accès aux droits pour les étrangers malades autant

que pour les Français malades bénéficiaires de cette aide médicale d'Etat en situation de rupture de droits, et qui ont alors recours à ce dispositif. Ainsi, le rapport 2010 de Médecins du Monde¹ fait apparaître que près de 23 % des 25 863 personnes reçues dans les centres d'accès aux soins de sa Mission France sont des personnes dénuées de toute couverture, et que parmi ces personnes se trouvent notamment de nombreux Français exclus de la couverture maladie universelle en raison du critère de résidence.

La Conférence nationale de santé :

- rappelle son attachement au principe d'un accès aux soins équitables des personnes résidant en France, considérant que cet accès constitue un droit fondamental et universel ;
- souligne les principes déontologiques auxquels sont soumis les professionnels de santé, qui leur font obligation de soigner toute personne qui le nécessite, sans condition de nationalité ou de tout autre facteur discriminatoire, comme vient d'ailleurs de le rappeler le Président du Conseil national de l'ordre des médecins dans le courrier qu'il a adressé aux parlementaires le 9 novembre 2010 ;
- souhaite le maintien des dispositions antérieures.

Document N°2

Après le rapport de la mission HUBERT et avant l'adaptation de la loi HPST Remarques & propositions de la FNCS

Nous donnons ici une analyse intéressante des propositions de M^{me} Hubert, ancien ministre de la santé, chargée par le Président Sarkozy d'une mission concernant la médecine générale. Cette étude de la Fédération Nationale des Centres de Santé⁽⁵²⁾ est assortie de propositions.

⁵² FNCS : 261, rue de Paris 93100 Montreuil - Tel. : 01 48 51 56 22 - Fax 01 48 51 72 16 - E-mail : contact@fncs.org

REMARQUES

La mission conduite par le Docteur Elisabeth Hubert consacre la quasi-totalité de son rapport à l'étude de l'exercice libéral ambulatoire de premier recours et n'avance de propositions que pour ce type d'exercice, sans prendre en compte la situation et les problèmes des formes salariées de la médecine de premier recours. Dans un contexte de démographie médicale extrêmement difficile, et alors que de nombreuses études ont montré que les jeunes médecins aspiraient majoritairement au salariat, ne pas tenir compte de cette aspiration des jeunes praticiens en formation risque de conduire à pérenniser la situation actuelle où ils préfèrent redoubler une année après l'examen classant national pour bénéficier d'un autre choix plutôt que d'exercer la médecine générale.

Nous considérons donc qu'il est nécessaire de proposer aux jeunes professionnels un éventail de possibilités d'exercice aussi varié que possible et répondant à leurs aspirations. Faute de quoi, on s'expose à ce que le choix de la médecine libérale soit un choix par défaut et conduise, comme cela est le cas actuellement, les jeunes médecins à saisir toutes les opportunités de ne pas exercer la médecine générale, qu'ils perçoivent comme restreinte à l'exercice libéral.

Il nous semble également regrettable que l'ensemble des conditions d'exercice de la médecine générale ne soit pas pris en compte pour expliquer les orientations des jeunes médecins. Aux contraintes de cet exercice, que le rapport expose en détail, s'ajoute en effet une rémunération qui n'est pas comparable à celle des autres spécialités, notamment les spécialités techniques. Dès lors, comment reprocher aux jeunes praticiens de choisir un exercice moins pénible et plus rémunérateur.

Les incidences, sur l'exercice médical de premier recours, de la situation difficile, voire dramatique, de la protection maternelle et infantile et la médecine scolaire,

ne sont pas abordés. Elles devraient constituer des lieux de contact privilégiés de nombreux jeunes avec le système sanitaire. Les effets de leurs difficultés sur l'exercice médical de premier recours nous semblent devoir être étudiés. Il en va de même des difficultés rencontrées par la psychiatrie de secteur.

Nous plaçons, dans la perspective de maintenir et de développer une médecine de proximité de qualité au service de la population, pour une plus large ouverture des solutions proposées prenant en compte l'ensemble des structures assurant la médecine de premier recours.

D'une façon générale, ce rapport ne nous semble pas prendre suffisamment en compte l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé qui constitue pourtant un des objectifs prioritaires des ARS.

De même, l'articulation entre le premier et le deuxième recours nous semble devoir mériter d'être étudiée. Certaines des activités de deuxième recours ayant des relations particulières avec la médecine de proximité (imagerie médicale, gynécologie obstétrique, ophtalmologie).

PROPOSITIONS

Considérations générales

Dans un souci d'efficacité, nous proposons que les dispositions qui seront mises en œuvre pour concrétiser ce rapport ne se limitent pas au seul secteur libéral et prennent réellement en compte les aspirations des jeunes médecins. Nous pensons, ainsi que nous l'avons déjà avancé lors de la publication du rapport Vallancien, que l'heure est venue de faire des propositions concernant la promotion de toutes les structures mettant en œuvre l'exercice regroupé et coordonné de la médecine (centres de santé et maisons de santé). Ces propositions pourront être déclinées en faveur de l'exercice coordonné en pôles de santé. Ces derniers pouvant d'ailleurs intégrer

des centres de santé et des maisons de santé, ainsi que le prévoit la loi HPST.

D'une façon générale, il nous semble indispensable de mettre en œuvre les solutions proposées prioritairement en faveur des structures existantes, de façon à en assurer la pérennité. Parmi les solutions que nous proposons, certaines peuvent être mises en œuvre sans modification législative, en utilisant simplement les textes actuellement en vigueur. D'autres nécessitent une actualisation des codes de la santé publique et de la sécurité sociale. La FNCS fera donc, notamment lors de la discussion de la proposition de loi déposée par le sénateur Fourcade, des propositions visant à cette actualisation.

Concernant le financement des mesures proposées, il nous semble indispensable que l'État, conformément à la Constitution qui prévoit qu'il est le garant d'un égal accès aux soins, assume ses responsabilités. Ceci d'autant que les inégalités territoriales en matière d'offre de soins apparaissent en grande partie liées aux moyens dont disposent les collectivités territoriales et leurs populations.

Exposé des propositions de la FNCS

Pour ce qui concerne le développement des systèmes d'information :

Veiller à ce que l'évolution indispensable des systèmes informatiques existants, notamment dans le cadre de l'interopérabilité des systèmes, ne se fasse pas en pénalisant financièrement les structures qui ont déjà fait l'effort de s'en doter afin de faciliter la coordination des soins.

En matière d'aide à l'exercice coordonné et regroupé :

Tenir compte des aspirations des médecins en formation et ne pas promouvoir et aider quasi exclusivement les formes libérales de ce type d'exercice.

Tenir compte de l'accessibilité financière à la médecine de premier recours (sur ce point, il nous semble que la position de M^{me} Hubert : « mais recourir à un médecin, c'est aussi pouvoir consulter un médecin qui pratique des tarifs compatibles avec vos possibilités financières ou votre couverture maladie complémentaire » manque de clarté et constitue un recul par rapport aux préconisations du rapport Vallancien qui faisait de la pratique du tiers payant un des items du cahier des charges des maisons de santé).

- Ceci passe selon nous par le développement de la pratique du tiers payant avec l'assurance maladie obligatoire et si possible avec l'assurance maladie complémentaire.
- Cette pratique, ainsi que le strict respect des tarifs conventionnels, doivent faire partie intégrante du

projet de santé des structures qui pourront prétendre à la signature d'un CPOM avec les ARS. Ce CPOM devra intégrer la prise en charge financière par l'ARS des frais relatifs à la pratique du tiers payant au titre de la réduction des inégalités sociales de santé. Les SROS ambulatoires devront tenir compte de cette accessibilité financière et favoriser le développement des structures qui la garantissent.

- L'adaptation rapide du système SESAM-Vitale à la pratique du tiers payant en médecine ambulatoire est une condition indispensable au développement de cette pratique par les acteurs de terrain. Les centres de santé, qui en ont l'obligation légale pour tous les actes et sans seuil, font tous les jours les frais de l'inadaptation de ce système conçu pour la pratique libérale.
- Par ailleurs, la dimension sociale de l'exercice regroupé et coordonné ne peut se limiter à la simple mise à disposition des structures qui le mettent en œuvre d'une assistante sociale. Elle exige une réflexion tenant compte de l'environnement social de la structure et une définition des axes de travail à mettre en œuvre. Elle doit faire l'objet d'un chapitre spécifique du projet de santé.

Prendre quelques mesures simples en matière de labellisation des structures et les intégrer dans les CPOM conclus avec les ARS.

- En matière d'évaluation des pratiques organisationnelles, nous disposons pour fonder l'obligation d'une démarche qualité d'une riche expérience avec le « Référentiel d'évaluation des centres de santé » réalisé avec la HAS et publié en 2007 qui entre en convergence avec le souhait d'Elisabeth Hubert que la HAS agisse de même pour les Maisons de santé. Il nous paraîtrait judicieux d'œuvrer pour la définition d'un référentiel commun aux différentes formes d'exercice coordonné et regroupé. Il pourrait être élaboré rapidement, sur la base d'un travail conjoint entre les représentants des CDS et des MPS, avec la HAS.
- En matière d'évaluation des pratiques professionnelles, nous proposons de faire de même en s'appuyant sur la démarche d'amélioration de la qualité des pratiques concernant l'exercice coordonné et protocolé en maisons de santé, pôles de santé et centres de santé réalisée entre la HAS et les représentants de ces structures.
- Intégrer les coûts du diagnostic et des mesures correctives nécessaires à la mise en œuvre de ces référentiels dans la fixation du montant des sommes allouées aux structures par l'ARS, dans le cadre des CPOM.

- Baser la nécessaire évaluation des structures sur ces deux documents, permettant ainsi une labellisation des structures.

Rendre automatique la signature d'un CPOM entre les structures labellisées et l'ARS. Ce contrat comprendrait 2 niveaux :

- Un socle de base, attribué à toutes les structures labellisées, prenant en compte les frais de structure, la rémunération d'un coordinateur médical et/ou administratif, etc.
- Des financements supplémentaires en fonction de missions particulières, sanitaires et/ou sociales, assumées par la structure.
- En attendant la formalisation des conditions définitives de conclusion des CPOM (notamment pour ce qui concerne la labellisation), veiller à la conclusion de contrats transitoires permettant de prendre en charges dès maintenant les contraintes des structures d'exercice coordonné et regroupé (notamment en matière de pratique du tiers payant) de façon à assurer leur pérennité et leur développement. Réfléchir à un système d'aide à l'investissement, permettant la création de structures d'exercice regroupé et coordonné, qui tiennent compte du coût du foncier, et le mettre en œuvre rapidement. Rendre plus simple et facile la prise en charge médicale dans les structures mettant en œuvre un exercice coordonné :
- Bien que l'article D. 6323-6 du CSP prévoit dès à présent l'existence d'un dossier médical partagé dans les centres de santé, il nous semblerait opportun d'intégrer les centres de santé dans une éventuelle modification de l'article L 1110 - 4 du CSP de façon à reconnaître de manière forte l'existence du partage d'informations médicales dans l'ensemble des structures d'exercice coordonné.
- Reconnaissance de la structure comme médecin traitant : l'article 162-5-3 du CSS doit être modifié. Faire des ARS le guichet unique des aides financières.

Pour ce qui concerne les nouveaux modes de rémunération (NMR) :

- Nous partageons l'avis des promoteurs cités dans le rapport qui ne font que pointer ce que les gestionnaires des CDS disent et constatent depuis longtemps. « Quant aux nouveaux modes de rémunération mis en œuvre sous l'égide de la Direction de la Sécurité Sociale, s'ils ont normalement pour objectif un financement pérenne de certaines activités exercées par les MSP et PSP, ils sont encore à l'état d'expérimentation et ce pour une durée de cinq ans.

En l'absence de tout autre moyen financier, les promoteurs de regroupements jugent cette expérimentation intéressante mais trop lente dans sa mise en œuvre et trop complexe dans ses critères d'attribution et indicateurs. Au total, cette absence de lisibilité de long terme sur le financement de leur fonctionnement est un frein majeur au développement des maisons et pôles de santé, les professionnels craignant de devoir demain assurer seuls les coûts de ces maisons ou pôles et des nouveaux services qu'ils auront créés »

Il nous paraît donc essentiel d'aboutir à décliner conventionnellement cette expérimentation pour la rendre pérenne consacrant ainsi la reconnaissance de l'exercice regroupé et coordonné, quel que soit les modalités de rémunération des professionnels, comme la forme d'avenir de la médecine ambulatoire. Il nous paraît également essentiel que les liens conventionnels entre pratique libérale ou salariée et Assurance maladie soit harmonisés et que les avancées législatives inscrites au code de la santé publique ou les dispositions inscrites dans les conventions libérales soient rapidement transposées dans l'accord national des centres de santé. Les retards et attermoiements constatés depuis plusieurs années constituent une discrimination dont souffrent les centres de santé et mettent en péril l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé qui est l'axe central d'action des ARS mais également du projet de santé de nos centres.

REFERENCES

Article L1110-4 du CSP Modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 132

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. Lorsque la personne est prise en charge par

une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale ou un dispositif équivalent agréé par l'organisme chargé d'émettre la carte de professionnel de santé est obligatoire. La carte de professionnel de santé et les dispositifs équivalents agréés sont utilisés par les professionnels de santé, les établissements de santé, les réseaux de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins. ...

Article L162-5-3 du CSS Modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 80 (V)

Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin

traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier.

Le médecin traitant peut être un médecin salarié d'un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique ou d'un établissement ou service visé à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. Un arrêté fixe les missions du médecin traitant quand celui-ci est un médecin salarié.

Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du présent code....

Article D6323-6 Modifié par Décret n°2010-895 du 30 juillet 2010 - art. 1

Pour chaque patient pris en charge dans un centre de santé, un dossier comportant l'ensemble des informations de santé nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques est constitué dans le respect de la confidentialité et des règles déontologiques propres aux professionnels de santé concernés.

Le dossier comporte l'identification du patient ainsi que, le cas échéant, celle de la personne de confiance définie à l'article L. 1111-6 et celle de la personne à prévenir.

Document N°3

Déclaration du Collectif des 39 Contre La Nuit Sécuritaire « La liberté aussi est thérapeutique »

La justice, les magistrats, les professionnels du monde judiciaire sont attaqués, dénoncés comme coupables des crimes commis, dénigrés, comme jamais. L'école, les enseignants, les parents tout autant. La psychiatrie, les fous, les malades mentaux, les professionnels des soins psychiatriques ne sont pas en reste.

Depuis son arrivée au ministère de l'Intérieur, Nicolas Sarkozy n'a eu de cesse de mettre en œuvre son obsession : assimiler les malades mentaux à des délinquants. En février 2007, sous la pression de la mobilisation des professionnels, des associations de familles et d'usagers de la psychiatrie, il a retiré cette disposition de sa loi de Prévention de la Délinquance. En promettant qu'il y reviendrait

Ce fut chose faite avec son discours, prononcé le 2 décembre 2008 à l'hôpital Érasme d'Antony en tant que Président de la République. L'auteur de l'Éloge de la Folie qui a donné son nom à cet établissement psychiatrique a dû se retourner dans sa tombe. « Les malades mentaux sont, selon ce Président, potentiellement dangereux, voire criminels ». Depuis ce discours, le grand renfermement a commencé. Augmentation des chambres d'isolement, construction de murs, élévation des grillages, installation de caméras dans les hôpitaux et même dans certains services ! Un budget de 70 millions d'euros a été immédiatement débloqué uniquement pour ces équipements sécuritaires. Les moyens, pour les personnels soignants, pour l'amélioration des conditions d'accueil et de soins attendront. Le pacte républicain qui soutient la séparation des pouvoirs, est rompu : les préfets discréditent les avis des psychiatres, décident contre leur avis. Si l'hospitalisation protège le patient pour des soins, celle-ci devient un enfermement arbitraire quand le préfet refuse la sortie demandée par le psychiatre. C'est dans ce contexte, dans ce climat délétère et morbide que nous est proposée une modification de la loi de 1990, avec un projet de loi qui donne **un cadre juridique à cette dérive sécuritaire**.

Masqué par une appellation toute séduisante : « *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* », il a été adoptée au Conseil des Ministres du 26 janvier 2011, et va être débattu au Parlement au printemps.

Ce texte s'inscrit dans le droit fil du projet sécuritaire de Nicolas Sarkozy. Explicitement énoncé dans l'exposé des motifs : « *Divers événements dramatiques survenus ces derniers temps attestent de la nécessité, rappelée par le Président de la République, de mieux encadrer les sorties des établissements de santé et d'améliorer la surveillance de certains patients* ».

Au sécuritaire, s'associent l'objectif strictement gestionnaire qui met le contenu des soins à l'arrière plan, et l'idéologie du principe de précaution appliquée en contre-point des risques encourus par tout un chacun. Dans un vocabulaire relevant du code pénal, il cautionne la défiance à l'égard de citoyens souffrants. Dans ce dispositif, seul le trouble à l'ordre public est pris en compte.

Ce projet de loi s'inscrit dans une stratégie de communication qui s'appuie sur l'amalgame « fou-dangereux », utilisant le désarroi des familles, et la peur dans l'opinion publique. Le recours désormais facile à la disqualification des professionnels, et notamment de ceux qui ont développé des logiques de soins ouvertes et déségrégatives, est sous-jacent dans l'esprit de ce texte, organisé autour de la réduction des soins aux seuls traitements médicamenteux. Le changement prévu par le gouvernement est une modification sans précédent, un bouleversement sociétal sous la parure d'une meilleure gestion de l'accès aux soins.

Au cœur de ce dispositif, un changement paradigmatique sans précédent : **l'institution des « soins » sans consentement en ambulatoire**. Depuis la loi de 1838, l'hospitalisation seule pouvait faire l'objet d'une contrainte identifiant les soins à un lieu. Ce projet de loi n'identifie plus l'hospitalisation, mais les soins eux-mêmes à la contrainte, les réduisant à une pure surveillance. L'obligation prend le pas sur le contenu même du soin. Cette dérive vers la surveillance, le contrôle des patients penche dangereusement vers des choix totalitaires, des choix « contrôlitaires ». C'est un lourd tribut : le monde de la psychiatrie, la société française sont-ils prêts à s'y soumettre ? À le payer ?

La mystification est totale :

Il ne s'agit pas d'un projet de soins, mais d'un engrenage portant atteinte aux libertés fondamentales dans un état démocratique. Prétendant améliorer « l'accès aux

soins » et leur « continuité », ce projet propose uniquement un accès à la contrainte sans limite de durée. Il détourne la fonction des soignants vers une orientation de dénonciation, de rétention, de « soins » sous contraintes et de surveillance. Il impose aux patients d'accepter des « soins » stéréotypés, protocolisés, identiques pour tous. Ils seront sous surveillance, associée à un contrôle de leur dignité : ainsi se met en place une police de l'intime. Il instaure un fichier national, « un casier psychiatrique? », de toute personne ayant été soumise ne serait-ce qu'une seule fois aux soins sans consentement.

Ce projet de loi concerne l'ensemble de la société, pas seulement les malades désignés comme dangereux. L'extension du domaine de la norme, - troubles du comportement, désordres psychiques, dangerosité, troubles affectifs -, fait qu'un tiers de la population est considéré comme atteint d'un « trouble psy ». Nous entrons dans l'ère de la « Police Sanitaire », avec en toile de fond la perspective du « bien-être mental pour tous », cette idéologie du santémentalisme promu par quelques apprentis sorciers.

Ce projet de loi se soutient d'une vision simpliste, et s'appuie sur la peur dans l'opinion publique. Il détourne l'opinion en utilisant l'illusion, la tromperie, le mensonge... et les menaces pour les libertés individuelles.

- Illusion pour les familles, qui confrontées à des difficultés majeures pour obtenir le soutien nécessaire et l'assurance de la continuité des soins pour leur proche, espèrent que cette loi va atténuer leur désarroi et leur solitude. Alors que seuls une amélioration de la formation, le développement de soins de proximité pourront permettre de tisser des liens, et pousser des équipes plus attentives et en nombre, à prendre en compte les attentes des familles.
- Tromperie, car ce que laisse entendre ce projet de loi, c'est qu'une contrainte aux soins, une obligation de soins se réduit à des traitements médicamenteux imposés à domicile ou à l'hôpital. Alors que l'expérience nous apprend que ce n'est qu'au prix d'une disponibilité, d'un travail autour de la fonction d'accueil, s'appuyant sur le lien relationnel, l'établissement progressif d'une confiance réciproque, que la peur peut être atténuée et l'efficacité d'une thérapie patiente, longue et diversifiée être obtenue.
- Mensonge car il s'agit de faire croire à l'opinion publique, qu'avec cette loi, le risque zéro sera possible. Des dispositions sont prévues obligeant les

soignants à dénoncer les manquements aux soins, brisant toute confiance thérapeutique possible, et provoquant l'intervention de la force publique pour ré-interner un malade. Aveuglés par leur idéologie sécuritaire, les responsables de ce projet de loi ignorent que, délaissés de toute relation soignante de confiance et acculés à la méfiance qui exacerbe leur sentiment de persécution, certains malades pourraient d'autant plus passer à l'acte.

- Enfin, menaces sur les libertés individuelles des patients mais aussi quiconque potentiellement confronté à un désordre psychique, affectif, moral, généré par le contexte social, le travail, l'entourage. L'orientation de l'obligation de soins passe ainsi dans les mœurs, dans la banalité du ça va de soi. A l'encontre de toute démarche sanitaire, cette loi va devenir un abri « légal » pour la déresponsabilisation des soignants auprès des patients les plus en souffrance.

Faute d'améliorer l'accès aux soins et leur continuité en instaurant un budget spécifique pour la psychiatrie, de corriger la pénurie des effectifs soignants, de transformer la formation de tous les personnels, ce projet propose un accès à la contrainte et une continuité de celle-ci. Il est certainement plus « économique » de contraindre que de créer les conditions dignes et humaines pour soigner.

Ce projet de loi esquisse une perspective de normalisation, d'uniformisation et de contrôle, par le biais d'un objectif d'une santé mentale plus proche d'une police sanitaire que respectant la singularité de chaque individu. Mais aussi, il institue la défiance envers les professionnels dans une démarche politique analogue à celle appliquée récemment aux magistrats et à la Justice, comme à d'autres professions.

La complexité de la question que pose la folie, la maladie mentale dans la société, la nécessité de l'élaboration d'une politique de soins psychiatriques dignes et respectueuses des libertés, qui prenne en compte les besoins des malades, les attentes des familles et le soutien aux professionnels de la psychiatrie, justifient la mise en œuvre d'une immense réflexion dans le pays, à l'échelon local, départemental, régional et national.

Aux réponses démagogiques et précipitées à l'émotion suscitée par des faits divers dramatiques, réponses qui ne font qu'accroître et entretenir la peur de l'autre, nous voulons opposer l'élaboration citoyenne de propositions pour une politique de soins psychiatriques du XXI^e siècle au plus proche des réalités de terrain. La psychiatrie est l'affaire de tous.

À la complexité de l'humain dont la folie est partie intégrante, il n'y a pas de réponses simplistes qui s'appuient sur un scientisme en expansion et des marchands d'illusion.

Le poète nous éclaire avec ces quelques vers :

*« Il n'y a pas de chemin,
Le chemin se fait en marchant. »*
Antonio Machado.

Pour construire ce chemin, à l'aune des enjeux fondamentaux de la démocratie, citoyens, usagers, familles, professionnels, nous voulons une toute autre démarche que celle qui nous est proposée. Nous rejetons totalement ce projet de loi. Nous nous engageons à tout mettre en œuvre pour cette seule exigence, son retrait.

20 février 2011

Les Actes du Séminaire :

Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ?

Première séance : jeudi 2 décembre, 19h

Fondation Gabriel Péri

Introduction

Par le Dr Michel Limousin

La Fondation Gabriel Péri en confiant à Catherine Mills l'animation d'un séminaire de réflexion sur la question de l'hôpital public a ouvert un débat majeur : celui de la crise hospitalière.

L'hôpital public est en crise parce que l'évolution de la médecine se fait à grande vitesse, il est normal que les bouleversements nécessaires s'opèrent. Il est aussi en crise parce que la société elle-même est en crise et impacte fortement l'hôpital. Tout ceci aboutit à une situation complexe qui nécessite éclaircissement, compréhension et propositions. C'est l'objet même de ce séminaire.

L'hôpital a-t-il fauté ? A-t-il su s'adapter ou non ? L'hôpital public reste la référence en France en matière médicale. C'est là que se fait la recherche et que les malades les plus graves sont pris en charge. Il est ouvert en permanence et accueille toute la population et toutes les urgences. De ce point de vue il reste un service public exemplaire malgré les réformes qui engendrent ses difficultés. Sur le plan financier il a su s'adapter : l'hospitalisation consomme 44 % de la Consommation des Soins et Biens Médicaux alors que nous étions à 52 % il y a quelques années encore. Le mouvement dit de « déshospitalisation » a permis cette réduction et témoigne des efforts réalisés. L'hôpital n'a donc pas fauté et ne mérite pas le harcèlement permanent que lui fait subir le gouvernement.

L'évolution des sciences médicales et des techniques a été considérable en 20 ans. Qu'on songe à l'irruption des nouvelles techniques d'imageries, aux progrès de la chirurgie ambulatoire, aux progrès dans le domaine de la biologie moléculaire. L'informatisation a pénétré toutes les activités. Dans le même temps les besoins des populations se sont transformés : allongement de la vie, développement des maladies chroniques, apparition de nouvelles pathologies. Les aspirations des patients se sont

modifiées : droit des malades, besoin de dialogue et de compréhension, de sécurité.

De nouvelles missions se sont faites jour : prévention des maladies, éducation thérapeutique, besoin de formation très important des personnels, recherche. La crise des métiers de santé s'est développée et s'est trouvée aggravée par la pénurie de professionnels, pénurie voulue et organisée par les pouvoirs publics depuis des années. Enfin les réformes autoritaires imposées sans concertation par le gouvernement, tout particulièrement la réforme des Agences régionales de la santé, bras armés de la Loi Bachelot, ont créé des tensions insupportables et une vraie crise du management. La bureaucratisation en est la conséquence.

Dernier point de la crise interne des hôpitaux : le manque de financement des investissements. L'Etat n'assume plus sa responsabilité de gestionnaire et ne finance plus directement ce qui devrait être à sa charge. Il contraint l'hôpital à s'endetter et à financer sa modernisation sur les ressources que lui procure la Sécurité Sociale : ainsi les économies sur l'emploi deviennent passage obligé. En quelques années l'hôpital public s'est trouvé endetté de façon considérable et certains établissements sont au bord de l'asphyxie. Enfin un mécanisme d'enveloppe fermée freine les activités.

Mais l'hôpital subit une seconde crise : la crise systémique. Celle de toute la société. Son principal financeur, la Sécurité Sociale est en difficulté par manque de ressources allouées. Son second financeur, l'Etat a mis son argent dans le sauvetage des banques et sous le contrôle du FMI refuse d'assumer ses responsabilités. En fait par le biais de la TVA et de la taxe sur les salaires il reçoit plus d'argent de l'hôpital public qu'il ne lui en donne. L'hôpital est devenu pour lui une ressource !

Le libéralisme organise la privatisation de l'hôpital public, sa « marchandisation ». La politique low coast s'articule avec la commercialisation et la judiciarisation. Les services ferment.

Le séminaire s'attache donc à ouvrir une réflexion sur différents chantiers : comment bien partir des besoins des populations et comment y répondre ? Comment penser une réforme de progrès du management qui soit participative et mobilisatrice ? Comment réformer le financement des hôpitaux pour assurer développement, modernisation, sécurité et confort ? Comment améliorer la situation des hôpitaux psychiatriques, l'accueil des urgences, les soins palliatifs etc ?

Les questions de santé publique et de protection sociale sont au centre des préoccupations de la population et nécessitent une réflexion pour élaborer des propositions nouvelles. La Fondation Gabriel Péri a donc pris l'initiative de créer une publication intitulée « Les Cahiers de Santé Publique & de Protection Sociale ». Elle se donne comme objectif de proposer des textes de réflexion originaux sur ces sujets mais aussi des notes de lectures, des documents utiles et des brèves d'information. Elle occupera une place ambitieuse dans un paysage bien souvent marqué par la triste acceptation des dogmes libéraux dominants. Elle s'adresse à tous ceux qui veulent réfléchir à ces problématiques majeures aujourd'hui au cœur des transformations sociales, qu'ils soient des professionnels de santé ou du secteur social, des élus, des syndicalistes, des militants, des chercheurs ou des enseignants.

*Michel Maso,
Directeur général de la Fondation Gabriel Péri*

*Fondation Gabriel Péri
11, rue Étienne Marcel - 93500 Pantin
Tél. 01 41 83 88 50
fondation@gabrielperi.fr
www.gabrielperi.fr*

10€



ISBN 2-916374-36-1



9 782916 374369