



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

janvier
2012



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

janvier
2012



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction :

M. Michel Maso, Directeur administratif des Cahiers, Directeur de la Fondation Gabriel Péri,
D^r Michel Limousin, Rédacteur en chef des Cahiers,
M. Jacques Bénézit, Secrétaire de Rédaction.

Comité de Rédaction :

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

Comité de lecture :

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

SOMMAIRE

Editorial:

Bientôt, l'heure des choix? Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
--	--------

Articles:

Après les catastrophes, Notes de voyage au Japon Par Michel Cibot (Institut Hiroshima Nagasaki)	Page 9
Cancers et pesticides, contexte et point sur la Cohorte AGRICULTURE & CANCERS? Par Pierre Lebailly	Page 14
Vers une médecine du travail sans médecins: l'aboutissement de 30 ans de réformes Par M. Pascal Marichalar, sociologue	Page 20
Les adolescents face aux conduites à risque(s): Entre « vivre plus » et quête de soi, quelle place pour les adultes? Par M. Gabriel Féménias	Page 23
Les centres de santé communautaires aux États-Unis: modèle et perspectives D ^r Frédéric Villebrun	Page 28
Les coordinations ou collectifs d'associations: émiettement du mouvement social ou enrichissement démocratique? Par le D ^r Paul Cesbron	Page 31
La révolution des biotechnologies. Par le D ^r Michel Limousin	Page 34
Budget 2012: la récession à l'horizon, y compris pour la protection sociale Par Jean-Marc Durand	Page 37
Face à la crise, la France comme l'Europe ont un besoin urgent d'une autre politique de santé à gauche Par le D ^r Fabien Cohen	Page 45

Le dossier élections présidentielles:

Contribution de M. Christian Saout	Page 51
Contribution de M. le Professeur Grimaldi	Page 54
Contribution de M. le D ^r Bouton	Page 57

Contribution de M. Michel Antony, de M ^{me} Françoise Nay, de M. Rolland Vachon, responsables nationaux de la Coordination nationale des Comités de défense des Hôpitaux et Maternités de proximité	Page 61
Contribution de M. le D ^r Beaupin	Page 65
Contribution de M ^{me} Virginie Le Torrec	Page 70
Contribution de M. Frédéric Rauch	Page 74
Contribution de M. le Dr Alain Brémaud	Page 78
Contribution de M ^{me} le D ^r Marie-Pierre Colin	Page 81
Contribution de M. Bernard Teper	Page 83
Contribution de M. le D ^r Omar Brixi, de M. le P ^r Michel Thomas & de M. le D ^r Jean-Claude Salomon	Page 86
Contribution de M. le D ^r Jean-Victor Kahn	Page 98
Interview croisée de M ^{me} Catherine Jouanneau, Secrétaire nationale à la santé du Parti de Gauche & de M. Jean-Luc Gibelin, membre du Collège exécutif du Pcf, en charge des questions de Santé et de Protection sociale	Page 100
<i>Les brèves :</i>	Page 109
Les notes de lecture :	
« Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire » : Un appel à la défense et à la promotion de l'organisation publique de la santé. <i>Note de lecture du D^r Paul Cesbron (décembre 2011)</i>	Page 114
« L'hôpital en réanimation », un livre de Bertrand Mas, Frédéric Pierru, Nicole Smolski et Richard Torrielli. <i>Note de lecture du D^r Michèle Leflon (janvier 2012)</i>	Page 116
« Comment on devient psychanalyste... et comment on le reste ». Un livre de Daniel Widlöcher. <i>Note de lecture du D^r Michel Limousin (août 2011)</i>	Page 118
« Contre les prédateurs de la santé », un livre de Catherine Jousse, Christophe Prudhomme et Bernard Teper. <i>Note de présentation par le D^r Michel Limousin (janvier 2012)</i>	Page 119
Le courrier des lecteurs :	Page 122
Les documents :	
Document unique: Pour une refondation de la psychiatrie	Page 124
Les actes du Séminaire : « Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ? »	
« Les hospitalisations « <i>potentiellement évitables</i> » en Ile-de-France : un marqueur du retard à l'accès aux soins. » Par François Tonnellier, Directeur de recherche honoraire à l'Irdes, Robert Freund & J.-F. Philippon	Page 125

Editorial

Bientôt l'heure des choix ?

2012 est l'année attendue. Année des élections majeures de notre démocratie. Année cardinale d'une crise sans précédent. La crise financière, économique, sociale, politique et humaine s'aggrave. L'Europe s'enfonce. Chômage en hausse, précarité, pouvoir d'achat en berne, renoncement, inégalités, autoritarisme sont les mots clés de la situation. Sauf pour quelques-uns dont on se demande comment ils font pour ne rien voir ; ils sont murés dans leur tour d'argent. Ils s'entêtent dans leur politique. Et ils parlent de civilisation sans bien connaître le sens de ce mot.

Ils ne voient pas qu'une autre civilisation va voir le jour : elle portera les couleurs de l'espoir et de la solidarité. Elle s'appuiera sur les avancées inouïes de la science. Elle dira un avenir meilleur grâce à l'intelligence de la jeunesse. Elle proposera à l'humain le bien-être. Une sorte de protection personnelle et sociale qui accompagnera l'individu au long de sa vie. Elle portera l'idée irrépressible de service public, de coopération, de développement par la réponse aux besoins là où il n'est qu'intérêt privé (de classe), compétition, consumérisme, et finalement austérité.

Baudelaire dans son invitation au voyage parlait de cet endroit où :

*Là, tout n'est qu'ordre et beauté,
Luxe, calme et volupté.*

Et Matisse l'a peint en 1904 – 1905⁽¹⁾.

Doit-on renoncer à ce rêve de plus d'un siècle ?
Faut-il renoncer à ce monde nouveau ?

Nous connaissons la lenteur des mouvements. Mais nous commençons à être pressés ! Alors ce numéro des Cahiers a choisi de donner la parole à ceux qui ne l'ont pas trop. Ils vous diront leurs espoirs. Leurs propositions pour inventer ensemble les dispositions nécessaires, pour établir les bases d'un renouveau à ce nouvel état humain qui va naître. L'accouchement est souvent un orage. Nos Cahiers, une maïeutique pour une invitation au voyage.

Bientôt une naissance ?

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

¹ Musée d'Orsay, Paris, pour les amateurs...

Articles

Après les catastrophes, Notes de voyage au Japon

Par Michel Cibot (Institut Hiroshima Nagasaki)

le 20 janvier 2011

NDLR: *Michel Cibot est directeur territorial, militant pacifiste, animateur de l'Association Française des Communes, Départements et Régions pour le Paix et de l'Association des Maires pour la Paix, réseau de plus de 5 000 collectivités territoriales dans 154 pays et grand connaisseur du Japon. Nous lui avons demandé de nous faire part de ses impressions après son voyage de décembre 2011 à Fukushima. Ont participé à cet article par leur témoignage: MM. Fujisue, médecin, Président de Min Iren, Yoshida, stomatologiste, Vice Président de Min Iren, ancien maire de Adatchi, quartier de Tokyo, Nagassé, Secrétaire Général, Okawara, Secrétaire Général Adjoint, le Dr Shuntaro Hida, spécialiste des maladies liées à la radiation, survivant d'Hiroshima, le P Teruyuki Yokose⁽²⁾, Cardiologue à Nagasaki, Pionnier de la chirurgie cardiaque japonaise, le P Hiroaki Satoh, professeur de management et ancien président de l'université de Shizuoka, le P Ikuro Anzai⁽³⁾, professeur émérite de physique nucléaire à l'université Ritsumeikan de Kyoto, M^{me} Fumiko Sano, chef d'entreprise dans le domaine agroalimentaire, M^{me} Mami Koizumi, poète, volontaire bénévole, M. Yamada⁽⁴⁾, architecte, et M. Tominaga, journaliste.*

De France, nous avons suivi les catastrophes du Tōhoku (région nord-est du Japon) à travers nos médias. Nous y ajoutons l'information venue du Japon, via internet et les journaux. Nous avons évidemment mesuré l'immensité de l'évènement. Tous les ressortissants japonais de France se sont mobilisés comme nous ne l'avions jamais vu en quelques décennies. Il nous restait cependant à revoir le Japon... C'est fait.

Loin de démentir nos premières informations et impressions, ce déplacement nous a permis de prendre encore mieux la mesure des catastrophes. L'essentiel est sans doute ce constat brutal d'un enchevêtrement inextricable où se mêlent les effets du séisme, du tsunami, de la destruction des infrastructures urbaines, portuaires de communication (etc.) et de ce que nous appellerons "l'effet Fukushima", fait majeur évidemment. A tout cela, qui est déjà beaucoup, il faut ajouter les pollutions chimiques, les incendies et leurs fumées toxiques, les ruptures de tous approvisionnements (alimentation : les réserves vite épuisées, les magasins hors d'eau en rupture de stock, électricité... infinie fragilité de nos vies sans elle...!)

Pour un observateur ordinaire il est déjà très intéressant de se confirmer à soi même qu'entre les images montrées en France et celles du Japon, il y a un monde qui

mériterait une étude approfondie... Les "a priori" idéologiques de nos télévisions deviennent plus évidents dans ce genre de situation... A décharge, disons que la réalité dépasse tellement l'imagination qu'il faudra du temps pour tout mesurer si tant est que ce soit possible. Nous donnerons ici quelques éléments de cette réalité, notamment à travers des points de vue comme celui du Docteur Hida qui a la particularité d'être le dernier médecin survivant d'Hiroshima⁽⁵⁾...

Cet article trop bref au regard de l'ampleur des événements, rappellera d'abord les faits, car la chronologie des premiers moments est éclairante, puis il rapportera quelques témoignages d'acteurs de terrain, des volontaires, qui ont eu accès aux sites dévastés et aux sites irradiés. Pour conclure? L'action future, l'espoir...

Rappel des faits

Tout a commencé le 11 mars 2011 par une forte secousse sismique de force 9 sur l'échelle de Richter, à 14 heures 46, dans l'océan pacifique au large de la région de Sanriku, à 130 kilomètres est/sud-est de la presqu'île d'Ojika... Cette première secousse sera suivie de deux

² Après la première transplantation par le P^r Barnhard, en Afrique du sud, une seconde avait lieu à Sapporo, au Japon...

³ Très impliqué dans la décontamination des zones proches de Fukushima. Il est intervenu à six kilomètres de la centrale et est en contact avec les personnels de la cette centrale qui n'est pas encore stabilisée.

⁴ Participe à des projets de logements provisoires et de reconstruction. A suivi les questions de coût de reconstruction et des évolutions du coût de la main d'œuvre.

⁵ Président d'honneur de l'Institut Hiroshima Nagasaki qui a publié son témoignage en Français aux éditions Quintette: *Little boy, récit des jours d'Hiroshima*. Il a aussi été le président d'une institution médicale japonaise, à caractère coopératif: Min Iren, avec laquelle nous entretenons des relations depuis de longues années. Min Iren a géré 80 centres de secours pour plus de 20 000 victimes des catastrophes et continue d'assurer des services médicaux dans des conditions tout à fait exceptionnelles avec plus de 12 000 volontaires bénévoles: médecins, infirmiers, infirmières, techniciens et logisticiens issus de ses mille établissements. Comme pour les médias, un programme d'étude de cette structure et un programme de coopération avec elle seraient utiles et des coopérations avec des acteurs de l'économie sociale de France seraient souhaitables...

autres, comparables, plus au sud et de centaines de petites répliques. Dans l'ensemble, les immeubles ont bien résisté aux secousses.

Trois minutes après la première, à 14 heures 49, la météo annonce l'arrivée d'un grand tsunami. A 15 heures 10, la centrale nucléaire de Fukushima se met en arrêt automatique. A 15 heures 14, la météo annonce un tsunami de 10 mètres au droit du département de Miyagui (Ville de Sendai).

Puis: 15h35 la sécurité civile annonce des incendies dans les raffineries du département de Chiba, au nord-est de Tokyo; 15 heures 45 des ambulances amènent les premiers blessés à l'hôpital "Min Iren⁽⁶⁾" de Sendai (qui a résisté au tremblement de terre et ne sera pas atteint par la vague tout de même venue à 700 mètres, l'isolant en partie et temporairement du reste du monde par défaut de moyens de communication et d'électricité); 15h55 l'aéroport de Sendai est submergé par le tsunami... 20h45, sur 2 km autour de la centrale nucléaire Dai Ichi de Fukushima, les habitants sont évacués (1 800 personnes); 23h30, la police annonce les premiers chiffres de victimes: 110 morts, 350 disparus et 544 blessés; Il y aura finalement presque 30 000 morts et disparus.

Le lendemain, 12 mars: 3h20, la météo lance une alerte au tsunami pour toute la côte pacifique. Le port de pêche de Kôchi, sur l'île de Shikoku, à environ mille kilomètres de l'épicentre, subira des dégâts importants dont le coût dépassera les deux milliards de Yens; 03h35, les troupes de l'armée japonaise arrivent sur les territoires dévastés; 5h44, évacuation sur 10 km autour de la centrale Dai Ichi; 7h45, évacuation sur 3 km autour de la centrale Dai Ni; 15h36, explosion de Dai Ichi. Un nuage de fumées radioactives s'en échappe. Le 13 mars, 5h30, lancement du refroidissement de Dai Ichi avec de l'eau de mer.

Ce rappel des faits montre que l'alerte et les secours n'ont pas tardé contrairement à ce que sous-entendent parfois les médias. La plus grande surprise est venue de l'ampleur et de la puissance de la vague. Le fait que la centrale soit sévèrement endommagée ébranle fortement la confiance des Japonais dans les techniques concernées. La filière nucléaire japonaise est évidemment mise en cause, mais il faut préciser que les options technologiques furent imposées par les USA dans les conditions historiques que nous connaissons, de l'après guerre... Il n'en reste pas moins que l'accident nucléaire sera pour longtemps déterminant à la fois pour les choix énergétiques futurs du Japon, voire du monde, et pour le devenir des victimes irradiées dont il est impossible de connaître le

nombre. Il est enfin très difficile de mesurer l'importance des irradiations...

Sur le terrain

Grâce aux alertes météo, de nombreux habitants se sont mis à l'abri. Mais l'eau poussée à la vitesse d'un avion de ligne par le tsunami est allée plus loin qu'ils ne pouvaient l'imaginer à partir de leur expérience des séismes, pourtant importante. Elle a pris de court des gens qui pensaient ne pas avoir à fuir du tout, où à fuir plus loin qu'ils ne l'avaient déjà fait, car ils estimaient être assez loin de la mer... Quand l'eau est apparue à plusieurs kilomètres à l'intérieur des villes, grondante et charriant voitures, bois de charpente, bateaux et montagnes de vase puante, les habitants n'en revenaient pas. Beaucoup furent pris au piège et tués par la puissance du choc de la vague ou noyés. Le mal était fait. La vague passée, en quelques minutes, qui paraissent en l'occurrence une éternité, mais ne sont que quelques instants, seuls restait la désolation et l'odeur... essentielle pour les sauveteurs accourus rapidement: puanteur de marée et de vase, d'hydrocarbures, de pourriture et de vomi mélangés. M^{me} Koizumi en garde un souvenir obsédant. Elle a passé plusieurs semaines sur des chantiers de déblaiement. En plus de l'odeur elle évoque une sorte de sentiment d'impuissance devant l'étendue des ravages. Seules de grosses machines pouvaient fournir un travail efficace. Il faut savoir que les quantités de gravois à traiter représentaient 23 années de production de déchets de cette région... Il faudra plusieurs jours pour organiser un début d'évacuation, acheminer le matériel adéquat, refaire des voies de circulation provisoires... et plusieurs années pour retrouver une situation presque "normale". Les images montrant des gens en train de récupérer deux ou trois souvenirs dans les restes de leur maison ont ému les téléspectateurs occidentaux. L'essentiel était ailleurs.

Un élément souvent oublié: Au Japon, les bords de mer sont des lieux où les installations industrielles sont nombreuses, en particulier celles consacrées aux hydrocarbures et à la chimie. L'essentiel du pétrole, par exemple, est stocké brut dans d'immenses réservoirs. Il ne s'enflamme pas, même sous la flamme d'un chalumeau. Cette fois, des incendies gigantesques, véritables visions de bombardements et de guerre, ont illuminé des kilomètres de côte, y compris assez près de la capitale, Tokyo. Comment ce pétrole brut a-t-il pu s'enflammer? Tout simplement parce que le bois de charpente charrié par le flot s'est parfois enflammé suite au tsunami⁽⁷⁾ et ce bois en flamme, mélangé à d'autres produits inflammables, s'est

⁶ Voir note 4, ci-dessus.

⁷ Au Japon, les maisons en bois sont nombreuses et le séisme a provoqué des ruptures dans des installations de chauffage et des incendies s'en sont suivis. De proche en proche, ces maisons incendiées en ont enflammé d'autres... et ainsi de suite. Un pêcheur resté sur son bateau raconte qu'il a du plonger dans l'eau pour se préserver de la chaleur des incendies pourtant loin de lui...

transformé en mèches qui ont chauffé le pétrole jusqu'à son point de fusion et d'inflammation. Des incendies gigantesques sont ainsi venus s'ajouter au séisme et au tsunami, notamment avec leurs fumées dangereuses à respirer poussant les gens à chercher refuge dans les hôpitaux déjà débordés...

Par ailleurs, répétons-le... quand la vague principale est passée, suivie de deux ou trois autres, puis que l'eau s'est retirée, tout est bouleversé dans les zones inondées, mais également bien au-delà du fait du manque d'électricité, d'eau potable, d'assainissement, de liaisons routières ou ferrées, de télécommunications... Il devient difficile, dans ces conditions, d'organiser les secours sans moyens extérieurs exceptionnels, notamment des hélicoptères, des moyens radio ayant une autonomie plus longue que nos téléphones portables et des véhicules tout terrain. Nous ne devons pas oublier par ailleurs qu'en mars, dans les régions considérées, il fait froid. Il a même neigé après le 11 mars. Les premiers secours, organisés par ceux qui ont échappé aux vagues et sont restés sur le terrain, souvent des personnels des collectivités territoriales, se sentent donc très isolés... Les centaines de répliques sismiques, un nombre jamais constaté depuis plusieurs siècles, ont aussi continué à inquiéter les gens pendant plusieurs jours. Malgré cela, très rapidement, tous les secours disponibles se sont mobilisés avec efficacité.

Médecine de catastrophe...

Face à l'afflux massif de blessés, la première mission des services de santé est d'organiser les tris, redoutable terme qui dit bien ce qu'il doit dire... Les morts et les blessés doivent être recherchés sans tarder, triés, dirigés vers des lieux provisoires comme les écoles et les gymnases encore utilisables. Les morts doivent être incinérés, pour éviter les épidémies. L'hôpital Min Iren de Sendai, évoqué plus haut, avait été aménagé pour ce type d'hypothèse catastrophique, suite à l'expérience de Kôbé (1995) car déjà, le personnel de cette coopérative avait apporté un concours remarquable aux secours. Le rez-de-chaussée de l'hôpital a donc pu se transformer en espace de tri, avec les codes couleur préétablis généralement utilisés et des protocoles d'urgence déjà expérimentés. Min Iren a publié plusieurs ouvrages pour ses personnels sur la gestion des catastrophes. Il sera intéressant de les faire connaître, aussi en France...

Pour les blessés, leur nombre est tel que tous les hôpitaux sont évidemment débordés... Il faut alors hiérarchiser les cas, organiser les évacuations, en se disant parfois que le manque inévitable de soins sera fatal à beaucoup. Les blessures et pathologies sont multiples, les épidémies se propagent rapidement... Il faut aussi héberger ceux qui sont en bonne santé mais ont tout perdu, parfois des enfants devenus orphelins, seuls au monde. On en a recensé plus de mille. Le premier souci des services

médicaux, souligné par tous les médecins rencontrés, est de veiller aux conditions d'hygiène et de ravitaillement alimentaire.

Une attention particulière est nécessaire pour les personnes âgées, nombreuses au Japon (pays où l'on vit le plus longtemps!) parties sans leurs médicaments, et qui ne se souviennent plus de leurs ordonnances... Beaucoup décéderont, les médecins ne disposant pas de tous les moyens d'analyse dont ils auraient besoin sans délai... Là encore, disons-nous bien que ces problèmes arrivent en masse, en chaîne et dans des temps très courts...

L'effet Fukushima ajoute à cette situation complexe en obligeant les sauveteurs et notamment les médecins à vérifier la radioactivité... et là, le manque de matériel est vite apparu dans toute sa gravité... Manque de matériel et aussi de savoir faire... Cette question est sans doute le domaine des occasions manquées... si nous osons exprimer ainsi une triste réalité. Le Docteur Hida rappelle que l'étude de l'effet des radiations a mis du temps à être pris en compte au Japon comme dans les autres pays. Pour sa part, il a étudié six milles dossiers de ses propres patients victimes d'irradiation à Hiroshima et à Nagasaki, et aussi d'irradiés par des essais de bombes à hydrogène, superpuissantes⁽⁸⁾, dans l'océan pacifique. Mais après la seconde guerre mondiale, médecin militaire à Hiroshima, les autorités américaines lui ont interdit de s'occuper des survivants, domaine réservé et couvert par le secret. Dès qu'il a pu savoir ce que contenait la bombe atomique, il a milité pour que des mesures appropriées soient mises en place pour les irradiés. Il demandait aussi une information sérieuse des populations car des rumeurs de toutes sortes, aboutissant à une véritable exclusion sociale des irradiés, perçus comme contagieux, commençaient à se répandre. Il fut alors contraint de trouver une solution de subsistance. Il a fondé une clinique privée en banlieue de Tokyo, où il donne encore des conférences et des consultations. Cette clinique de 400 lits fait partie du réseau Min Iren.

Hiroshima, Nagasaki, Yaizu (voir note 4)... à chaque fois, la mise en place de vrais soins et de vraies études épidémiologiques pour les irradiés a tardé. Ainsi, quand survient aujourd'hui un événement comme Fukushima, l'anticipation des conséquences des radiations est difficile à cause d'un manque relatif de connaissance et de par-

⁸ En 1954, les USA ont effectué ces essais en atmosphère, sur les atolls de Bikini. Un millier de bateaux japonais, coréens, philippins etc... se sont retrouvés sous les nuages de cendres radioactives. Un pêcheur du port de Yaizu, préfecture de Shizuoka, au Japon (région du Mont Fuji) est mort. De nombreux cas de leucémie apparaîtront plus tard, pas toujours reconnus comme conséquences des contaminations radioactives. Le livre "Messages pour la planète bleue" donne à ce propos des informations complètes (ed Syros et Institut Hiroshima Nagasaki déjà cités). Des bateaux désaffectés mouillent encore ici où là et, récemment, des enquêteurs ont constaté qu'ils sont toujours radioactifs...).

tage des connaissances (secret...), même si aujourd'hui la matière est tout de même enseignée. Les choses ont commencé à évoluer depuis une vingtaine d'années pour les survivants d'Hiroshima et Nagasaki dont les maladies sont maintenant moins mal reconnues. A Fukushima, des mesures de santé publique sont heureusement déjà prises et les populations seront mieux suivies. Ainsi, récemment, a-t-on découvert, grâce à ce suivi, que du sable utilisé pour reconstruire des immeubles avait été contaminé. En France, nous pouvons faire un parallèle avec les soldats ayant pris part à des essais nucléaires en Algérie et en Polynésie. Le film "*La Gerboise bleue*" raconte un essai en Algérie et traduit bien une culture du secret qui entoure "les malades" du nucléaire. L'AVEN, association des anciens soldats irradiés au cours d'essais, propose des informations sur son site et a gagné plusieurs procès dont la presse a donné quelques échos, sans plus...

Médecine de tous les jours et vie quotidienne

Passées les premières semaines de l'urgence, considérant le nombre des réfugiés, qui a dépassé les 600 000, les services médicaux doivent assurer les soins de tous les jours à cette nuance près que, là encore, les questions d'hygiène priment. Il faut rapidement sortir les gens des hébergements (collectifs où règne une promiscuité difficile à vivre), ne serait-ce que pour rendre ces équipements à leur usage normal car la vie doit reprendre son cours!

Toutes les personnes vivant dans des centres d'hébergement provisoires, nombreuses à avoir perdu des proches sont choquées, avec ce que cela représente de pathologies spécifiques. Cependant, les médecins rencontrés ne nous ont pas signalés de consommation particulière de médicaments comme les tranquillisants et les somnifères. Cela confirme l'attitude sereine dont ont fait preuve les populations. Cette sérénité n'exclut nullement une inquiétude profonde qui semble installée pour longtemps. Il convient cependant de préciser que les cellules de soutien psychologique sont encore nombreuses. Elles ont notamment recours à des techniques très japonaises comme le bain, le massage, l'accompagnement personnel et/ou familial visiblement très efficaces.

Autre constat: un rejet massif du nucléaire dans son ensemble. 60 % des Japonais souhaitent que le nécessaire soit fait pour se passer de l'énergie nucléaire: économies d'énergie (déjà visibles dans les couloirs des gares immenses de Tokyo et les réseaux de métro où une lampe sur deux est éteinte, mais sans remettre en cause le confort des voyageurs car, avant, ces éclairages étaient souvent excessifs...), utilisation du soleil (abondant), de la géothermie (sources chaudes innombrables)... Ces 60 % seront-ils entendus? Le nouveau premier ministre M. Noda, ne semble pas disposé mais la recherche sur les

énergies alternatives se développe, en particulier à l'initiative des collectivités locales.

S'agissant des contaminations, difficiles à détecter⁽⁹⁾, difficiles à mesurer (manque de matériel fiable sur le marché mondial...), elles induisent une organisation particulière du travail. Comme tous les sauveteurs, les coopérateurs de Min Iren, outre qu'ils devaient continuer de faire fonctionner leurs établissements de base, ont aussi veillé à ne pas être trop exposés aux rayonnements.

A notre connaissance, il n'y a pas eu beaucoup de victimes immédiates de la radioactivité sauf trois techniciens des centrales... mais il est évident que, selon les individus, des cancers se déclencheront. Les médecins conseillent en conséquence de limiter au maximum tous les autres facteurs de risque. Ils demandent aux patients de veiller à leur hygiène de vie: pas de tabac, pas d'alcool, pas d'excès de nourriture etc. Mais, quand il a ingéré un produit irradié, un patient ne peut compter sur aucun soin pour se décontaminer. Son organisme va éliminer certains éléments. Cela dit, personne ne peut savoir si telle ou telle maladie apparaîtra... et quand! On voit bien derrière tout cela ce que les assurances et bien sûr les États, peuvent souhaiter pour éviter que le lien entre ces maladies futures, pourtant inévitables, et leur fait générateur soit trop clairement établi... La presse japonaise rend assez bien compte de cette réalité, sauf quelques exceptions.

En marge des problèmes du quotidien, les chirurgiens se sont posés de façon nouvelle des questions comme celle de l'attitude à tenir quand la terre tremble au moment crucial d'une opération chirurgicale. Curieusement, les chirurgiens japonais, s'ils ont produit des travaux sur ce sujet, n'avaient pas d'expériences très nombreuses, le Pr Teruyuki Yokose, cardiologue, pionnier de la transplantation cardiaque au Japon n'a jamais eu ce problème... Mais l'expérience de 2011 montre qu'il faut y penser, surtout en amont, au moment de la conception des blocs opératoires et dans le cadre de la prévention des dommages dus aux séismes...

Autant de sujets complexes que nos amis de Min Iren ont le souci de prendre en compte. La particularité de leur organisation repose sur le fait qu'ils lient les questions médicales et les questions sociétales. Des groupes

⁹ Rappelons-nous Marguerite Duras et son "*Hiroshima mon amour*"... Le personnage principal dit toujours "tu n'as rien vu à Hiroshima"... La radioactivité ne se voit pas, ni ne se sent, ressent où entend... Elle échappe aux sens humains. Elle a introduit dans notre monde une dimension mortifère nouvelle, globale, dont le philosophe Günther Anders, compagnon d'Hannah Arendt, traite de façon approfondie dans son ouvrage intitulé "*L'obsolescence de l'homme*"...

citoyens de prévention, sortes de conseils d'usagers qui réunissent les personnels de santé et leurs patients, souident en amont des équipes pluridisciplinaires capables d'intervenir comme secouristes volontaires expérimentés. Ces groupes rassemblent actuellement environ quatre millions d'adhérents, du nord au sud du Japon.

Amputations...

La solidarité nationale et mondiale a permis de pourvoir assez rapidement au relogement durable ou provisoire des populations, en dépit d'in vraisemblables problèmes posés par l'amputation de zones de territoire immenses pour le Japon. L'équivalent d'un département français moyen se trouve interdit de construction soit parce que trop exposé aux tsunamis, soit parce que contaminé par la centrale dévastée... Sur plus de 500 kilomètres de côtes, des sols sont pour toujours inconstructibles ou inaccessibles. Où reconstruire? Où réinstaller les sinistrés qui ne pourront pas retourner dans leur maison avant 20, 50, 100 ans... Les problèmes de droit de propriété sont difficiles à imaginer. Par exemple, comment dire à qui appartient la radioactivité trouvée à 50 kilomètres de la centrale endommagée, a fortiori quand une autre centrale, propriété d'une compagnie différente est proche?

Et maintenant?

La vie!

70 % des Japonais approuvaient leur industrie nucléaire avant les catastrophes. Mais ils s'opposaient résolument à l'armement nucléaire. Aujourd'hui, ils sortent de l'épreuve renforcés dans la conviction que les armes nucléaires ont ouvert la porte à toutes les dérives menaçant les humains dans leur ensemble et 60 % souhaitent la fermeture de toutes les centrales nucléaires dans les meilleurs délais. Mais la fermeture ne dispense pas de l'entretien, de consacrer des moyens importants au démantèlement et à la conservation des restes radioactifs. Le débat est donc intense et pour nos interlocuteurs le résultat n'est pas écrit d'avance. A coup sûr, l'option abandon finira par l'emporter, parce que les nouvelles normes de sécurité vont rendre l'électricité d'origine nucléaire beaucoup plus chère quand le Japon dispose de gisements géothermiques inépuisables du fait même de cette sismicité, qui fait dire à certains, mais après coup... que les Japonais n'auraient pas dû recourir au nucléaire... à cause des tremblements de terre. La réalité est bien plus compliquée car derrière les centrales japonaises, il y a, répétons-le, l'industrie nucléaire américaine qui a, souvenons-nous, investi des milliards dans le projet Manhattan pour détruire Hiroshima et Nagasaki... et prendre la main sur le destin du monde. Les centrales japonaises font aussi partie des retours sur investissement! Et les centrales de même conception sont également nombreuses aux USA... D'autres pays ont aussi quelques intérêts dans ces affaires...

Le peuple japonais quant à lui doit résoudre maintenant des problèmes jamais connus. Par exemple, le propriétaire d'un terrain de golf fermé pour contamination radioactive intente une action en justice pour être indemnisé par la société TEPCO qui cherche à démontrer que la radioactivité existe à l'état naturel dans le sol et que dans tous les cas elle n'appartient à personne... En conséquence de quoi TEPCO ne doit rien à personne...

Les Japonais sont sereins mais profondément inquiets car ils savent que lorsque les maladies viendront, il sera difficile de faire payer TEPCO qui parle d'ailleurs déjà de sa nationalisation... pour la souhaiter! Cela peut paraître surprenant dans l'une des patries du libéralisme triomphant, mais telle est la réalité. Les Japonais demandent aussi que les taux d'imposition des plus riches, diminués de 30 % au cours de trois dernières décennies, remontent à ce qu'ils étaient...

Parmi des conséquences des catastrophes, il faudra observer l'évolution de l'ensemble des méthodes d'aménagement urbain, avec sans doute, un gigantesque programme de restructurations des villes côtières prévoyant la multiplication d'édifices multi-usages devenant des refuges en cas de tsunami. La ville de Yaizu déjà évoquée prévoit un programme de 38 édifices de cette sorte. Partout, les plans d'urbanismes sont revus et transformés. Dans les zones détruites, des projets de reconstruction audacieux voient le jour. Cela conduira à des transformations profondes des paysages et des modes de vie urbains.

Ces catastrophes ont contribué à resserrer les rangs du mouvement progressiste japonais, notamment autour d'une pétition lancée par le prix Nobel de littérature Kenzaburo Oé dont les promoteurs espèrent qu'elle soit signée par plus de 10 millions de citoyens japonais. Le réseau Min Iren participe activement à ce mouvement.

Enfin, nous pouvons dire que Fukushima aura désormais une influence fondamentale dans tous les pays du monde sur les débats relatifs à l'énergie et au climat. La France ne sera pas un îlot isolé... Il convient donc de faire en sorte que la meilleure information nous parvienne aussi du Japon pour apporter des contributions réellement progressistes à ces débats. Une lecture attentive du philosophe Günther Anders sera elle aussi bien utile au quotidien, pour les débats menés dans nos localités, nos quartiers, nos campagnes etc.

NDLR: Télévisions et Journaux sources: NHK, Fuji TV, ASAHI TV, TBS TV, Quotidiens Asahi, Mainichi, Aka hata et Yomiuri.

Cancers et pesticides, contexte et point sur la Cohorte AGRICULTURE & CANCERS?

Par Pierre Lebailly

NDLR: *M. Pierre Bailly est Maître de Conférences à l'Université de Caen Basse-Normandie
Contact p.lebailly@baclesse.fr*

La part de la population active agricole diminue régulièrement au niveau mondial, passant de plus de 50 % de la population active en 1980 (près d'un milliard d'actifs agricoles) à 40 % en 2010 (mais pour un nombre d'actifs agricoles en augmentation soit environ 1,3 milliard d'actifs agricoles, ONUAA 2011) et dramatiquement dans les pays « riches », 13 % en 1980 (environ 71 millions d'actifs agricoles) à 4 % en 2010 (environ 26 millions d'actifs agricoles). Ces pourcentages étaient de 8,3 % et 2 % pour la France, respectivement en 1980 et 2010. Cependant, la population active agricole est composite et donc difficile à chiffrer précisément; elle comprend, outre les exploitants agricoles, les ouvriers agricoles et autres salariés agricoles mais également les conjoint(e)s d'exploitant(e)s, les aides familiaux, les retraités maintenant leur activité souvent afin d'aider leurs enfants ou leur conjoint, les travailleurs saisonniers réguliers ou non (vendanges, cueillettes...). Cette population active agricole connaît des expositions professionnelles particulières: chimiques (pesticides, engrais...), physiques (ultra-violet, accidents mécaniques...) et biologiques (virus animaux, moisissures...) pouvant nuire à sa santé.

Dans le domaine des cancers, ce sont les pesticides qui ont été les nuisances professionnelles agricoles les plus étudiées. Ces produits correspondent à un vaste ensemble de molécules très diverses, largement utilisées tant sur le plan professionnel qu'extra-professionnel. Les effets potentiels des expositions à ces substances, en particulier les risques de cancer, ont donné lieu à de nombreuses études épidémiologiques en **population générale** (cancers de l'enfant et cancers du sein) mais surtout en **milieu professionnel** (agriculteurs, unités de fabrication...). Le milieu agricole est le premier utilisateur de pesticides et ce marché correspondait en 2010 à un chiffre d'affaires mondial d'environ 40 milliards de dollars. Cette même année 2010, l'Europe représentait 28 % du marché mondial agricole, la France demeurait le premier pays utilisateur européen (environ 2 milliards d'Euros de chiffre d'affaires pour 62 000 Tonnes de substances actives) et le quatrième pays utilisateur au Monde après les USA, le Brésil et le Japon (UIPP 2011).

Données entre cancers et agriculture

C'est donc en milieu professionnel agricole que les premières études épidémiologiques sur les cancers ont été

conduites dès la fin des années 1960 (Lebailly et coll., 2007). Différentes méta-analyses et revues de la littérature ont été produites (Acquavella et coll. 1998; Blair et coll. 1992 pour exemples). Globalement, le risque de cancer est plus faible chez les agriculteurs (**à comprendre ici par les hommes blancs et essentiellement chefs d'exploitations**) et ceci, plus particulièrement pour les cancers très liés au tabagisme (poumons, vessie et œsophage) et pour certains cancers digestifs (principalement les cancers du colon et du rectum). Un tabagisme plus faible, un niveau d'activité physique plus important et de meilleures habitudes alimentaires sont souvent présentés comme à l'origine de ces déficits. D'après différentes études, les agriculteurs présentent en effet un tabagisme moindre (y compris AGRICAN, voire plus loin) mais le risque plus faible de développer des **cancers broncho-pulmonaires** pourrait aussi être dû à l'exposition à des facteurs protecteurs (endotoxine A) comme cela a été suggéré dans le secteur de l'élevage laitier en Italie (Mastrangelo et coll., 2005) et montré dans l'industrie textile en Chine (Astrakianakis et coll., 2007). Ceci n'exclut pas un impact potentiel des pesticides sur le risque de cancers broncho-pulmonaires. Ainsi, il a été observé lors d'une analyse cas-témoins sur les cancers pulmonaires nichés au sein de la cohorte américaine (Agricultural Health Study = AHS; Alavanja et coll., 2004a), un risque significativement élevé, après ajustement sur l'histoire tabagique. Cet excès était retrouvé pour 8 des 50 pesticides d'intérêt avec une relation dose-effet significative pour l'herbicide pendiméthaline (augmentation du risque allant jusqu'à +250 %) et l'insecticide chlorpyrifos (augmentation du risque allant jusqu'à +70 %). On peut également s'interroger sur le rôle, dans la survenue de cancers pulmonaires, des composés arséniés utilisés en France principalement en arboriculture et en viticulture, depuis de très nombreuses années et jusqu'au début des années 2000 pour ce dernier secteur. A l'opposé, d'autres localisations sont régulièrement et de façon assez constante retrouvées en excès chez les agriculteurs. Il s'agit des **cancers cutanés**, des **lèbres**, de la **prostate**, du **cerveau**, de l'**estomac** et de quasiment tous les **cancers hématologiques** (lymphomes, leucémies et myélomes). L'exposition au rayonnement UV est évidemment le facteur explicatif principal des excès de **cancers cutanés** et des **lèbres** mais d'autres pistes seraient à explorer. En effet, la voie majeure d'exposition professionnelle aux pesticides est la voie cutanée.

Ainsi, une revue récente (Fortes et coll., 2008) suggère l'implication d'expositions professionnelles dans la survenue de mélanomes cutanés notamment en secteur agricole du fait d'expositions à des pesticides mais aussi à des hydrocarbures aromatiques polycycliques. L'interférence de certains pesticides avec les hormones naturelles peut suggérer le rôle potentiel de ceux-ci dans la survenue de **cancers de la prostate**. Les études portant sur ce site de cancer en milieu agricole sont très nombreuses et ont donné lieu à plusieurs méta-analyses. Celles concernant la profession agricole dans sa globalité concluent à une élévation de risque modérée mais significative, entre 10 % et 15 %. Lorsque seuls les applicateurs de pesticides sont pris en compte, l'élévation de risque paraît plus élevée et atteint 24 % (Van Maele-Fabry et coll., 2004). D'autres facteurs de risque sont suspectés tels que des habitudes de vie (déséquilibres d'apport lipidique) ou encore des expositions à des nuisances chimiques (désinfectants de locaux ou de matériel de traite...) ou naturelles (virus, mycotoxines...) liées à des activités d'élevage de bovins, d'ovins ou de volaille (Van Der Gulden et coll., 1996). Une revue française récente sur le sujet (Ndong et coll., 2009) insiste sur la nécessité d'améliorer la mesure d'exposition et, compte tenu notamment de l'interaction entre l'histoire familiale de cancer de la prostate et l'exposition retrouvée dans certaines études (Alavanja et coll., 2003), de prendre en compte la sensibilité individuelle. Les cancers pour lesquels le lien avec l'exposition aux pesticides a été le plus étudié sont les **hémopathies malignes**. Pour exemple, une méta-analyse portait sur les **lymphomes non-Hodgkiniens (LNH)**, elle a répertorié 36 études publiées entre 1982 et 1997 (Khuder et coll., 1998). Elle mettait en évidence un excès de risque modéré (+10 %), statistiquement significatif. Depuis, une revue conduite par Alavanja et collaborateurs (coordinateurs de l'AHS), prenant en compte des données plus récentes a conclu à de fortes présomptions d'implication des activités agricoles sur le risque de la plupart des hémopathies (Alavanja et coll., 2004b). Ces observations ont été confirmées dans une revue faisant le bilan de 25 années d'études épidémiologiques, essentiellement de type cas-témoins (Dreier, 2006).

Les résultats d'études épidémiologiques présentées ci-dessus ainsi que ceux concernant des études expérimentales ont conduit le Centre International de Recherche sur le Cancer à réaliser plusieurs monographies portant spécifiquement sur des pesticides (<http://monographs.iarc.fr/>). L'article de Siemiatycki et collaborateurs (Siemiatycki et coll., 2004) synthétise les conclusions des monographies concernant les cancérigènes professionnels. En premier lieu, l'exposition professionnelle lors de l'épandage et de l'application de mélanges d'insecticides non arsenicaux a été classée probablement cancérigène (2A). Par ailleurs, quelques dizaines de substances, pour lesquelles il existe des données publiées obtenues chez l'homme et/ou chez l'animal, ont été évaluées spécifique-

ment. Ainsi, l'exposition à l'arsenic et à ses dérivés a été classée en catégorie 1 (cancérigène certain pour l'homme) en raison de leur rôle avéré dans la survenue de cancer de la peau et des poumons et suspecté pour l'angiosarcome hépatique. Ces produits ont été utilisés de façon très importante en France notamment en viticulture sous forme d'arséniate de plomb jusqu'au milieu des années 70 et d'arsénite de sodium jusqu'au début des années 2000. Ces composés arséniés sont les seuls pesticides à faire l'objet de tableaux de maladies professionnelles tant au niveau du régime général (tableau 20) qu'au niveau du régime agricole (tableau 10 du 17 juin 1955, <http://www.inrs-mp.fr/mp/cgi-bin/mppage.pl?>), **malgré cela, très peu de personnes bénéficient de cette réparation par le régime agricole, une dizaine de dossiers sur les dix dernières années!** Deux matières actives (le captafol et le dibromure d'éthylène ou dibromoéthane) ont été classées en cancérigènes probables (catégorie 2A). Deux métabolites (éthylène thio-urée et sodium ortho-phénylphénate) et 13 matières actives (aramite, chlordane, chlordecone, chlorothalonil, DDT, 1,2dibromo-3-chloropropane, paradichlorobenzène, dichlorvos, heptachlor, hexachlorobenzène, mirex, nitrofène et toxaphène) ainsi que 2 familles chimiques (phytohormones de synthèse comme le 2,4D, hexachlorocyclohexanes comme le lindane) ont été classées en cancérigènes possibles (catégorie 2B), certaines de ces molécules sont toujours autorisées en Europe (Chlorothalonil & phytohormones de synthèse). Enfin, une quarantaine de pesticides ont été classés dans la catégorie 3 pour la plupart en l'absence de données épidémiologiques et toxicologiques suffisantes (20 insecticides, 10 fongicides, 8 herbicides et 2 divers). Cette faible proportion de pesticides évalués par le CIRC s'explique notamment par le manque d'études (et donc de publications) épidémiologiques ou expérimentales (génotoxicité ou cancérigénicité) permettant d'évaluer et de classer la substance (en dehors du processus de mise sur le marché des pesticides pour lequel des données expérimentales sont produites par les firmes mais seulement accessibles par les experts évaluateurs).

Différentes pistes de recherche sont explorées ou à explorer pour identifier les activités agricoles et plus spécifiquement les pesticides potentiellement à l'origine des cancers qu'il s'agisse de cancers en excès ou non. La première et, sans doute la plus prometteuse, consiste à valider des outils épidémiologiques de mesures d'exposition pour l'identification des personnes exposées et pour l'appréciation d'une relation dose-effet (questionnaires permettant la construction d'index cumulés, mise en place de matrices emploi-exposition...) (Dosemeci et coll., 2002; Baldi et coll., 2006; Lebailly et coll., 2009). La mise en place de vastes cohortes prospectives (telles les études Agricultural Health Study et AGRiculture et CANcers) en est une autre par l'amélioration de la mesure de l'exposition, l'augmentation très sensible de

la puissance statistique et la moindre sensibilité, que les études rétrospectives, aux biais de classement.

La cohorte américaine Agricultural Health Study (AHS)

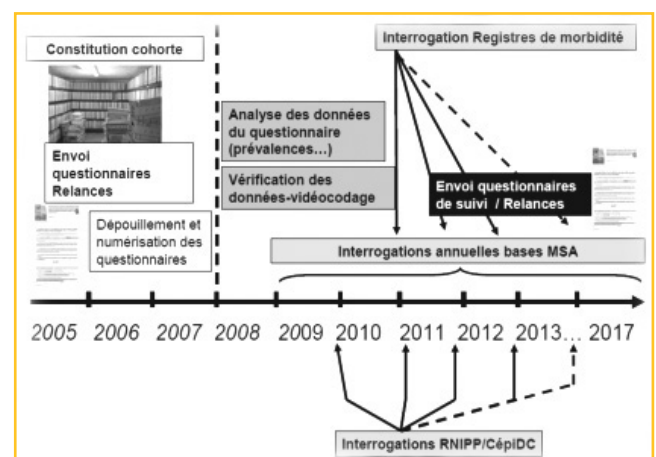
La première grande cohorte agricole est menée aux USA depuis le milieu des années 1990 (Agricultural Health Study, site internet: <http://aghealth.nci.nih.gov/>). L'approche choisie a été d'identifier les agriculteurs (en fait des chefs d'exploitations, *private applicators*) en activité sur deux états ruraux américains, l'Iowa et la Caroline du Nord. L'inclusion a été conduite entre 1993 et 1997 lors du retrait d'une autorisation d'utilisation de pesticides particuliers, autorisation à renouveler tous les 3 ans. Environ 80 % des agriculteurs ainsi identifiés ont été inclus lors du remplissage d'un premier questionnaire en face à face. Cela correspondait à environ 30 % des agriculteurs de ces deux États (Lynch et coll., 2005) soient 52 394 agriculteurs (97 % d'hommes et 97 % de blancs). Les conjoints (actifs ou non en milieu agricole) de ces agriculteurs ont été recrutés au moyen d'un questionnaire postal et 32 346 ont été inclus (environ 60 % de participation). Un troisième groupe plus limité en nombre correspondait à des applicateurs professionnels de pesticides travaillant dans l'Iowa (*commercial applicators*). L'évaluation de l'exposition aux pesticides se base principalement sur le déclaratif des personnes interrogées sur 50 pesticides identifiés par les chercheurs comme étant les plus utilisés au moment de l'enquête ou par le passé. De nombreuses publications (147 au 1^{er} août 2011 dont environ 30 % dans le domaine des cancers mais aussi sur des pathologies neurologiques ou respiratoires) sont issues du suivi de cette cohorte. En termes de causes de décès, les résultats du suivi de cette cohorte publiés en 2011 sur une période d'environ 13 années (Waggoner et coll., 2011) ont montré un risque diminué de 46 % chez les agriculteurs et de 48 % chez leurs conjoints. La mortalité par cancers est, elle, diminuée de 39 % chez les agriculteurs et de 35 % chez leurs conjoints principalement du fait d'un risque diminué nettement pour les cancers très liés au tabagisme (- 57 % pour les cancers pulmonaires, -45 % pour les cancers de la vessie et -49 % pour les cancers de l'œsophage). Encore une fois et de façon nette, une fréquence plus faible de tabagisme explique en grande partie ces résultats favorables (moins de 50 % des hommes de la cohorte rapportant des antécédents de tabagisme). Par contre, des excès significatifs de décès ont été retrouvés pour les femmes agricultrices (+ 61 % pour les cancers de l'ovaire) et des tendances à des excès chez les agriculteurs (+53 % pour les cancers de la thyroïde; + 1 % pour les myélomes multiples). En termes d'incidence des cancers, les cancers retrouvés en déficit pour la mortalité le sont pour la plupart pour l'incidence sauf le cancer de la prostate (déficit de mortalité de 19 % et excès de 20 % environ pour l'incidence) et, pour les myélomes multiples, le léger excès en incidence passe à 42 %

chez les agriculteurs de Caroline du Nord (Koutros et coll., 2010). Dans le domaine du rôle de l'exposition aux pesticides sur le développement des cancers, l'approche consiste, pour chacun des 50 pesticides, à étudier le lien entre cette exposition et le risque de cancers avec soit une entrée par pesticide associée à une analyse des relations avec chacune des localisations cancéreuses soit, pour les cancers les plus fréquents, (analyse actuellement conduite pour les cancers du sein, de la prostate, du poumon, du pancréas, colo-rectaux, ou encore pour les mélanomes cutanés), par une analyse des relations entre ce cancer et chacun des 50 pesticides. Des résultats ont été publiés pour 34 de ces pesticides, 12 parmi eux ont été associés significativement à l'apparition d'un ou plusieurs cancers, il s'agit de 5 insecticides (aldicarbe, carbaryl, chlorpyrifos, diazinon et perméthrine) et 7 herbicides (alachlore, dicamba, S-ethyl-nn-n-dipropylthiocarbamate, imazéthapyr, métolachlore, pendiméthaline et trifluraline) (résumé de ces résultats, Weichenthal et coll., 2010). Le suivi de cette cohorte continue et la troisième phase d'interrogation des personnes va débiter pour étudier les évolutions des expositions.

Cohorte AGRiculture et CANcers (AGRICAN)

Plus récemment en France, nous avons mis en place une vaste cohorte en collaboration avec la Mutualité Sociale Agricole, le Laboratoire Santé Travail Environnement de l'Université de Bordeaux 2 et les registres des cancers du réseau Francim. L'objectif principal de cette étude était de constituer une vaste cohorte agricole française où les différentes catégories professionnelles et les différents types d'activités agricoles pouvaient être représentés afin d'apporter des connaissances spécifiques au contexte français et de façon complémentaire à la cohorte AHS. Le suivi de cette cohorte en termes d'expositions et d'apparition de cancers doit être réalisé sur une durée d'au moins 10 années afin d'étudier le lien entre les activités professionnelles agricoles et le développement de cancers et ceci même pour des cancers peu fréquents (figure 1).

Figure 1 : Principales étapes du protocole de l'étude AGRICAN

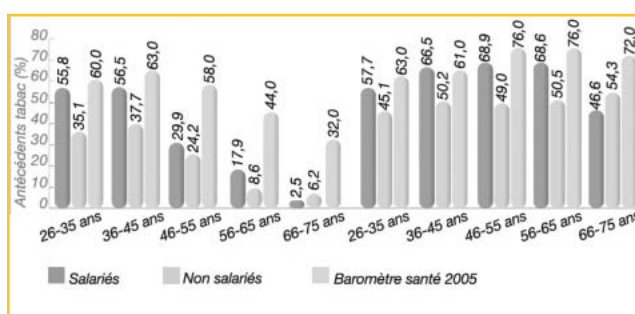


La population d'intérêt correspondait, à la date du 1^{er} janvier 2004, à tous les adultes affiliés au régime agricole qui avaient cotisé au moins 3 années (pour les actifs) ou 12 trimestres pour les retraités et qui résidaient à cette date dans un des 12 départements de l'étude (départements couverts à cette date par un registre des cancers qualifié par le Comité National des Registres, figure 2).

L'échantillon source correspondait à un effectif de plus de 567 000 personnes (43 % de femmes) dont environ la moitié de retraités. Plus de la moitié (57 %) des hommes était des exploitants agricoles contre 46 % des femmes. Après l'envoi à deux reprises de l'auto-questionnaire d'inclusion (premier envoi entre novembre 2005 et mars 2006 et second envoi au premier semestre 2007), plus de 30 % des affiliés ont été inclus au sein de cette cohorte prospective (soient plus de 180 000 personnes). Les femmes ont un peu plus participé que les hommes (33 % contre 31 %), particulièrement les femmes plus jeunes (65 ans en moyenne pour les femmes incluses contre 67 ans pour les femmes ciblées alors que l'âge moyen des hommes inclus et ciblés était de 61 ans). Les personnes incluses avaient en moyenne cotisé plus longtemps en milieu agricole aussi bien pour les femmes (29 années de cotisation en moyenne pour les femmes incluses contre 27 pour l'ensemble des femmes ciblées) que pour les hommes (29 années versus 25 années). L'auto-questionnaire d'inclusion comportait 8 pages (adresse pour le télécharger : http://www.grecan.org/agrican/quest_4octobre_2005.pdf) et comportait des parties traitant de caractéristiques socio-démographiques, des données de santé et bien sûr, de nombreuses questions sur les activités professionnelles agricoles (liste de 13 cultures et 5 types d'élevages avec de 2 à 5 tâches pouvant être renseignées). Un certain nombre de ces données ont été décrites et sont présentées dans un premier bulletin de 20 pages distribué en juillet 2011 aux membres de la cohorte (adresse pour le télécharger). La culture la plus fréquemment rapportée était les prairies avec un homme sur deux travaillant ou ayant travaillé sur cette culture dans sa vie professionnelle contre une femme sur trois. La deuxième culture rapportée était le blé pour les hommes (45 %) et la viticulture pour les femmes (20 %). L'usage de pesticides sur des cultures au cours de la vie professionnelle (exposition directe) était retrouvé majoritairement chez les hommes, plus d'un homme sur deux en a utilisé contre moins de 10 % des femmes. Cependant, lors d'études météorologiques menées en viticulture (Baldi et coll., 2006) ou en serres en France, ou en Hollande en Pomiculture (De Cock et coll., 1998) ou encore en serres en Italie (Aprea et coll., 2002) ou en Pologne (Jurewicz et coll., 2009), il a été montré que des expositions professionnelles indirectes aux pesticides non seulement pouvaient avoir lieu lors de tâches dites de ré-entrée (aucune utilisation de pesticides mais contacts avec des végétaux préalablement traités) mais que le niveau d'exposition

pouvait être supérieur à celui occasionné par l'utilisation de pesticides! Dans de nombreuses études épidémiologiques, les tâches de ré-entrée ne sont pas identifiées ou ces personnes non-utilisatrices de pesticides sont classées comme non-exposées ce qui entraîne des erreurs de classement pouvant conduire à une sous-estimation des risques mesurés. Ainsi, au sein d'AgriCan, parmi les personnes travaillant en viticulture (25 % des hommes et 20 % des femmes), 31 % de ces hommes et 81 % de ces femmes ont déclaré avoir réalisé des tâches de ré-entrée sans avoir jamais utilisé de pesticides elles-mêmes. Le questionnaire permet aussi d'aborder les expositions non professionnelles connues comme facteurs de risque ou facteurs protecteurs de cancers, ceci afin de pouvoir interpréter correctement les effets d'expositions professionnelles. Ainsi, quelques questions permettaient de documenter l'histoire tabagique des personnes incluses (il est toujours utile de rappeler qu'un fumeur régulier sur deux mourra du fait de son tabagisme et cela alors même que la lutte contre le tabagisme fléchit en France et entraîne une augmentation du tabagisme, inédite depuis plus de 20 ans, Beck et coll., 2011). Parmi les personnes incluses, 76 % des femmes et 42 % des hommes n'avaient jamais fumé. La proportion d'anciens fumeurs était très nettement supérieure chez les hommes (40 % contre 9 % chez les femmes). Une comparaison avec le baromètre Santé de 2005 montre que la fréquence du tabagisme au cours de la vie était nettement plus faible au sein des non salariés de la cohorte AgriCan (figure 2) que dans la population générale française et ceci pour les deux sexes et pour toutes les classes d'âge.

Figure 2 : Prévalence des antécédents de tabagisme par sexe et par tranches d'âge (celles du baromètre santé) au sein de la cohorte AGRICAN et pour la population française (Baromètre Santé 2005)



Baromètre santé : les baromètres de l'Inpes (Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé) existent depuis 1992 et enquêtent sur les comportements, attitudes, connaissances et opinions des Français en matière de santé et de nutrition (site internet : www.inpes.sante.fr)

Cependant, le tabagisme des hommes salariés de moins de 65 ans et des femmes salariées de moins de 45 ans était similaire voire plus élevé que dans la population générale. Ces observations sur le tabagisme nous indiquent que l'état de santé des membres de la cohorte

devrait être bien meilleur que celui de la population générale.

Le suivi en termes de santé porte actuellement sur deux domaines: i) le statut vital et les causes du décès s'il survient et ii) le diagnostic de cancers. Les informations sur les causes de décès sont obtenues annuellement depuis 2009 auprès des caisses MSA et auprès de l'INSEE (RNIPP) et du Centre d'Epidémiologie sur les Causes Médicales de décès de l'INSERM (CépiDC). Ainsi une première analyse des causes de décès survenus entre l'inclusion et le 31 décembre 2009 a été réalisée en comparant les différentes causes de décès entre les membres de la cohorte et la population générale des départements concernés. Globalement, les décès sont moins nombreux qu'attendus si les membres de la cohorte présentaient les mêmes risques que la population générale. Quelle que soit la cause de décès: cancers, maladies circulatoires, maladies respiratoires..., nous avons retrouvé une sous-mortalité nette par rapport à la population générale. En ce qui concerne les décès par cancer, l'analyse a montré une sous-mortalité nette ou modérée pour de nombreux cancers notamment les cancers très liés au tabagisme (larynx, trachée, poumons, vessie...). Des tendances à des excès sont observées pour les mélanomes malins de la peau (augmentation de 1 % chez les hommes et 6 % chez les femmes), pour les cancers du sein chez les hommes (+ 123 %, mais ce cancer est très rare chez l'homme, 8 décès sont observés dans Agrican). Chez les femmes, des tendances à des excès sont aussi observées pour les cancers de l'œsophage (+ 8 %), de l'estomac (+ 5 %) et du sang (+ 2 %).

Perspectives

Au cours de l'année 2012, nous disposerons des premiers résultats en termes d'incidence des cancers. Comme nous l'avons réalisé pour l'étude des causes de décès, nous ferons une comparaison entre les membres de la cohorte et la population générale. Ces analyses comparatives présentent un certain nombre de limites et donnent peu d'indications sur les causes des déficits ou des excès. En effet, un cancer peut être plus ou moins fréquent dans la cohorte AGRICAN que dans la population générale pour au moins 4 raisons différentes: 1) la population peut présenter une structure d'âge différente, cette explication est prise en compte par la méthode statistique utilisée et n'intervient donc aucunement ici, 2) le facteur de risque est moins présent que dans la population générale ce qui semble clairement être le cas pour les cancers très liés au tabagisme ou plus présent comme l'exposition à l'ensoleillement ou/et aux pesticides et le léger excès de cancers cutanés observés, 3) la prise en charge de la pathologie peut-être différente au sein des membres de la cohorte (accès aux soins plus ou moins

précoce qui conditionne souvent les chances de guérison) et 4) une autre cause méthodologique qui correspond à l'effet du travailleur sain. Cette dernière difficulté est très souvent rencontrée quand on compare la santé d'une population active à celle de la population générale. La population générale est en moins bon état de santé qu'une population active car elle inclut des personnes exclues du travail temporairement ou plus durablement. Nous avons essayé de limiter l'impact de cette difficulté en interrogeant des personnes en activité et des retraités quelle que soit leur durée de cotisation. A côté de ces comparaisons avec la population générale, une recherche des facteurs de risque de survenue de cancers (en utilisant les réponses au questionnaire) sera également initiée en 2012, notamment sur les cancers les plus fréquents. Par ailleurs et si les ressources financières le permettent, nous commencerons la première phase de suivi des expositions en fin d'année 2012. Cette phase permettra un nouveau recueil d'informations directement auprès des membres de la cohorte afin i) d'évaluer les évolutions des activités professionnelles et habitudes de vie, ii) d'explorer plus avant des expositions comme les tâches de ré-entrée ou encore les expositions domestiques aux pesticides, iii) de relever des facteurs de risque connus de certains cancers afin de les prendre en compte dans les analyses et ceci notamment pour des cancers survenant en excès (cancers cutanés et habitudes de vie ou sensibilité par rapport à l'ensoleillement)...

Ensuite, cette cohorte AGRICAN, ainsi que la cohorte AHS américaine font maintenant partie d'un consortium international de cohortes agricoles qui comprend 21 autres cohortes réparties sur 9 pays (AGRICOH, Leon et coll, 2011). Un site internet (en langue anglaise) permet d'avoir accès à un descriptif des différentes cohortes, aux contacts et dans un futur proche aux premiers projets collaboratifs (<http://agricoh.iarc.fr/>).

Enfin, outre les résultats d'ores et déjà obtenus ou à venir des deux cohortes présentées ainsi que d'autres études épidémiologiques (de type cas-témoins par exemple) ou/et expérimentales (toxicité des mélanges...) menées en France et, si nous voulons évoluer significativement en termes de prévention il faudrait évoquer les freins à une diminution réelle voire à une suppression de l'utilisation de pesticides. Pour cela, il faudrait pouvoir engager un débat sur la nature de l'agriculture française que nous souhaitons et par conséquent sur le type d'alimentation, la part de notre temps et de notre budget que nous souhaitons y consacrer... En l'absence de ce questionnement, il nous faut aussi penser aux aides que nous pouvons apporter à la profession agricole pour une diminution sensible de son exposition aux produits dangereux que sont les pesticides. Ceci peut être réalisé

par une éducation à la prévention, par des actions de prévention plus proches de l'activité réelle mais aussi par une prise en main (notamment par la profession agricole elle-même) de ses critères de choix du type de cultures, du type de pesticides (apport agronomique réel, prix, impact sur l'environnement, risque professionnel...).

Références

- ACQUAVELLA et al. Cancer among farmers: a meta-analysis. *Ann Epidemiol* 1998, 8: 64-74.
- ALAVANJA et al. Use of agricultural pesticides and prostate cancer risk in the Agricultural Health Study cohort. *Am J Epidemiol* 2003, 157: 800-14.
- ALAVANJA et al. Pesticides and Lung Cancer Risk in the Agricultural Health Study Cohort. *Am J Epidemiol* 2004a, 160: 876-85.
- ALAVANJA et al. Health effects of chronic pesticide exposure: cancer and neurotoxicity. *Annu Rev Public Health* 2004b, 25: 155-97.
- APREA et al. Evaluation of respiratory and cutaneous doses of chlorothalonil during re-entry in greenhouses. *J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci* 2002, 778: 131-45.
- ASTRAKIANAKIS et al. Lung cancer risk among female textile workers exposed to endotoxin. *J Natl Cancer Inst* 2007, 99: 357-64.
- BALDI et al. Pesticide contamination of workers in vineyards in France. *J Expo Sci Environ Epidemiol*. 2006, 16: 115-24.
- BECK et al. Augmentation récente du tabagisme en France: principaux résultants du Baromètre santé, France, 2010. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire* 2011, 20-21: 230-233.
- BLAIR et al. Clues to cancer etiology from studies of farmers. *Scand J Work Environ Health* 1992, 18: 209-15.
- DE COCK et al. Determinants of exposure to captan in fruit growing. *Am Ind Hyg Assoc J* 1998, 59: 166-72.
- DOSEMECI et al. A quantitative approach for estimating exposure to pesticides in the Agricultural Health Study. *Ann Occup Hyg* 2002, 46: 245-60.
- DREIHER et al. Non-Hodgkin lymphoma and pesticide exposure: 25 years of research. *Acta Haematol* 2006, 116: 153-164.
- FORTES et al. Non solar occupational risk factors for cutaneous melanoma. *Int J Dermatol*. 2008, 47: 319-28.
- KHUDER et al. Meta-analyses of non-Hodgkin's lymphoma and farming. *Scand J Work Environ Health* 1998, 24: 255-61.
- KOUTROS et al. An update of cancer incidence in the Agricultural Health Study. *J Occup Environ Med* 2010, 52: 1098-105.
- JUREWICZ et al. Assessment of the dermal exposure to azoxystrobin among women tending cucumbers in selected polish greenhouses after restricted entry intervals expired – the role of the protective gloves. *Int J Occup Med Environ Health* 2009, 22: 261-67.
- LEBAILLY et al. Données épidémiologiques sur le lien entre cancers et pesticides. *Oncologie*, 2007, 9: 361-369.
- LEBAILLY et al. Exposure to pesticides in open-field farming in France. *Ann Occup Hyg*, 2009, 53: 69-81.
- LEON et al. AGRICOH: a consortium of agricultural cohorts. *Int J Environ Res Public Health* 2011, 8: 1341-57.
- LYNCH et al. Comparison of farmers in the Agricultural Health Study to the 1992 and 1997 censuses of agriculture. *Journal of Agromedicine* 2005, 10: 13-22.
- MASTRANGELO et al. Lung cancer risk: effect of dairy farming and the consequence of removing that occupational exposure. *Am J Epidemiol*, 2005, 161: 1037-1046.
- NDONG et al. Pesticides et cancer de la prostate: données épidémiologiques. *Bull Cancer* 2009, 96: 171-80.
- ORGANISATION DES NATIONS UNIES POUR L'ALIMENTATION ET L'AGRICULTURE (Food and Agriculture Organization). La situation mondiale de l'alimentation et de l'agriculture 2011, annexes statistiques.
- SIEMIATYCKI et al. Listing occupational carcinogens. *Environ Health Perspect* 2004, 112: 1447-59.
- Union des Industries de la Protection des Plantes. Rapport d'activité 2010-2011, 2011.
- VAN DER GULDEN et al. Farmers at risk for prostate cancer. *Br J Urol* 1996, 77: 6-14.
- VANMAELE-FABRY et al. Prostate cancer among pesticide applicators: a meta-analysis. *Int Arch Occup Environ Health* 2004, 77: 559-70.
- WAGGONER et al. Mortality in the Agricultural Health Study, 1993-2007. *Am J Epidemiol* 2011, 173: 71-83.
- WEICHENTHAL et al. A review of pesticide exposure and cancer incidence in the agricultural health study. *Environ Health Perspect* 2010, 118: 1117-25.

Vers une médecine du travail sans médecins : l'aboutissement de 30 ans de réformes

Par M. Pascal Marichalar, sociologue
(Groupe de sociologie politique européenne/Centre Maurice Halbwachs)

Le 20 juillet 2011 a été votée une loi autonome relative à l'organisation de la médecine du travail⁽¹⁰⁾, mettant un terme à plusieurs mois de rebondissements législatifs suite à l'initiative parlementaire malheureuse d'inclure ces dispositions dans la loi sur les retraites – cavalier législatif qui avait été aussitôt retoqué par le Conseil constitutionnel. Prolongée par de longs décrets déjà abondamment commentés dont la publication est imminente à l'heure de l'écriture de cet article, cette loi est symbolique de l'idée de « réforme » mise en application dans divers domaines sous la présidence de Nicolas Sarkozy : une gestion de la pénurie par l'assouplissement des critères régulant l'intervention de professionnels habilités, afin de permettre la délégation de tâches à un ensemble plus large et moins spécialisé d'acteurs.

Certes, il ne s'agit pas encore de confier l'exercice de la médecine du travail à des vétérinaires, comme cela a été proposé pour la médecine générale par une parlementaire de la majorité en décembre 2011, mais il devient désormais légitime de confier des tâches jadis dévolues aux seuls médecins du travail à d'autres professionnels – infirmiers, intervenants en prévention des risques professionnels – pourtant mal disposés par leur formation et leur statut à l'exercice de ce mandat, qui vient de plus s'ajouter à ceux qui leur incombaient déjà⁽¹¹⁾.

Une loi de gestion de la pénurie

C'est ainsi que la loi de l'été 2011 modifie en plusieurs endroits les textes existants afin de remplacer l'expression « médecin du travail » par celle d'« équipe pluridisciplinaire », voire de « service de santé au travail ». Par exemple, la mission d'« éviter toute altération de la santé des travailleurs du fait de leur travail », qui était celle des médecins du travail depuis la loi fondatrice de 1946, devient désormais celle des services inter-entreprises qui les emploient⁽¹²⁾. Dans l'un des décrets à paraître, il est par

ailleurs précisé que « le médecin du travail peut confier certaines activités, sous sa responsabilité, dans le cadre de protocoles écrits, aux infirmiers, aux assistants en santé et sécurité au travail ou aux membres de l'équipe pluridisciplinaire lorsqu'elle est mise en place ».

Le gouvernement évoque la pénurie croissante de médecins du travail – qui commence à être critiquée dans certaines régions – pour plaider en faveur de cet élargissement du cercle des personnes habilitées à exercer les tâches des médecins. Il est vrai que 75 % des médecins du travail ont plus de cinquante ans, et les départs à la retraite sont insuffisamment compensés par le recours aux compétences étrangères, la politique malthusienne de formation initiale et les visites médicales dispensées par des retraités payés à la vacation. Cependant, au lieu de prendre ce problème de front, dans le cadre d'une réforme plus générale de la formation médicale, les nouveaux textes ne font que réduire les exigences qui pèsent sur l'institution « médecine du travail », jusqu'à en dénaturer les missions.

Ainsi, les projets de décrets prévoient la suppression pure et simple du plafond de salariés et d'entreprises qui peuvent être suivis par un médecin du travail (jusqu'ici fixé au niveau déjà élevé de 3 300 salariés temps plein et 450 entreprises). De même, les visites médicales systématiques (jusqu'ici tous les 12 et 24 mois) pourront désormais être espacées à la discrétion des services « lorsque sont mis en place des entretiens infirmiers ainsi que des actions pluridisciplinaires annuelles ». La liste des travaux nécessitant une surveillance médicale renforcée a été réduite, excluant ceux qui exposent à certains risques chimiques ainsi que le travail sur écran, pourtant reconnu comme une situation génératrice de troubles musculo-squelettiques. Enfin, les visites de reprise suite à un accident du travail ne seront nécessaires que pour les arrêts de travail dépassant 30 jours (contre 8 jours actuellement).

Les textes assurent que les professionnels qui vont reprendre une partie des tâches des médecins pourront assurer leurs missions « dans des conditions garantissant [leur] indépendance ». Cependant, il s'agit d'une garantie purement formelle, dans la mesure où ces infirmiers, toxicologues, ergonomes ou techniciens en métrologie,

¹⁰ Loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 (JO du 24 juillet).

¹¹ Je remercie le docteur Alain Carré ainsi que le Syndicat national des professionnels de la santé au travail pour des échanges toujours fructueux au sujet de la médecine du travail. Je reste néanmoins seul responsable des formulations avancées ici.

¹² Seul un médecin du travail sur dix travaille pour une seule (grande) entreprise.

ne bénéficient d'aucune protection particulière contre les mutations, sanctions disciplinaires et licenciements arbitraires, à la différence des médecins du travail dont le licenciement doit par exemple être validé par plusieurs instances (dont l'Inspection du travail). Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la capacité de ces intervenants à se soustraire aux pressions des directions d'entreprise en faveur d'actions de gestion des risques (réduire les risques sans réduire la productivité) plutôt que de véritable prévention des risques (supprimer les risques sans tenir compte de la productivité). Par ailleurs, il est évident que certaines tâches, par exemple le diagnostic et l'aide à la déclaration d'une maladie professionnelle, ne peuvent être accomplies par autre qu'un médecin.

Enfin, les textes récents confirment la mainmise patronale sur les services de médecine du travail/santé au travail⁽¹³⁾. Certes, les employeurs ne disposent désormais que d'une voix de majorité sur les représentants des salariés (il s'agit de celle du président du service, obligatoirement un employeur) au sein des conseils d'administration des services interentreprises, alors qu'ils en détenaient les deux tiers des sièges auparavant. Cette réduction, largement formelle (les employeurs votant le plus souvent d'un seul bloc), est « compensée » par une disposition qui est, elle, lourde de conséquences : la commission de contrôle, traditionnellement à majorité salariée, sera désormais composée à l'initiative du président du service ; elle perd par ailleurs une partie de ses prérogatives de droit (examen du rapport annuel du médecin).

La conjonction du renforcement de la gestion patronale et de l'affaiblissement de l'indépendance des acteurs de la prévention augure mal de l'avenir d'une institution déjà lourdement défaillante, comme le montre de manière tragique le drame de l'amiante.

Une politique continue de démedicalisation, sous couvert de pluridisciplinarité

L'étude historique permet de voir que ces évolutions sont l'aboutissement de trente ans d'activisme patronal, visant d'abord à mettre la médecine du travail au service de la gestion des risques⁽¹⁴⁾. Les responsables de services ont utilisé le mouvement général entamé vers la « pluridisciplinarité » et le passage de la médecine du travail à la

« santé au travail » pour promouvoir ce qu'ils nomment une « démedicalisation » de la prévention.

En 1987, les dirigeants du CISME, association fondée en 1942 qui regroupe les responsables de services de médecine du travail, publient un rapport d'une trentaine de pages intitulé « L'avenir de la médecine du travail ». Membres d'un groupe de travail qui étudie ces questions depuis le début des années 1980, ils y détaillent les grandes orientations politiques qu'ils souhaitent prendre dans les vingt ans à venir. Le rapport préconise plusieurs modifications des services, dont un changement de nom – de la « médecine du travail » vers la « santé au travail » – et une « démedicalisation » pour s'éloigner d'un modèle « pathologiste » où « la médecine du travail est considérée comme un enjeu social plus que technique ».

Les auteurs du rapport disent vouloir « proposer un service : plus global (la santé) ; à la carte ; plus flexible ; comprenant plus d'options ; mais composé de : moins de médecins ; plus d'infirmières ; plus d'ergonomes ; plus de service social ». Le rapport se termine par un plan d'action succinct pour les années à venir, rédigé en style télégraphique : « Comment le CISME qui a vécu dans la dualité ambiguë Entreprises/Médecins va pouvoir prendre en charge le souci des entreprises : par un remodelage et non un sabotage ». C'est dans les années 2000 que cette politique de remodelage est véritablement mise en marche par les responsables de service, à l'aide de trois outils principaux, empruntés aux méthodes managériales de « conduite du changement » élaborées dans les entreprises privées.

Premièrement, ils tentent de précéder le droit pour peser sur sa forme future. Les services sont ainsi poussés à faire des « expérimentations » sur la division du travail, consistant principalement à faire faire à d'autres professionnels que les seuls médecins du travail, notamment des infirmiers et des assistants, une partie des tâches qui sont, selon la réglementation, du ressort des médecins.

Deuxièmement, le CISME met en place à partir de 2004 une démarche « qualité » intitulée « démarche de progrès ». L'organisation élabore un référentiel de « bonnes » pratiques par rapport auquel les services et leurs salariés doivent s'auto-évaluer. Les pratiques érigées en exemple sont souvent assez loin de la réglementation existante, impliquant par exemple l'offre de nouvelles prestations de conseil ou la modification de l'organisation du travail dans les services pour que le médecin n'en soit plus au centre. Derrière ce projet, il y a un homme, Jacques Texier, administrateur du CISME qui en devient président en 2007, pionnier de la normalisation ISO et de la certification sur la scène économique française.

¹³ Lire à ce sujet l'analyse de Marc Véricel, « La loi n° 2011-867 du 20 juillet 2011 relative à l'organisation de la médecine du travail. Renforcement de la protection des salariés ou renforcement de l'autorité patronale sur les services de santé au travail? », *Revue de droit du travail*, n° 12, décembre 2011, p. 682.

¹⁴ Pour des éléments de contexte sur l'histoire de la médecine du travail, lire Stéphane Buzzi, Jean-Claude Devinck et Paul-André Rosental, *La santé au travail. 1880-2006*, La Découverte, 2006.

Troisièmement, les journées annuelles et autres colloques organisés par le CISME sont l'occasion de remettre en question l'évidence de la division du travail dans les services. En transformant les métiers, c'est la mission des services qui est redéfinie. En 2001, l'argumentaire du congrès annuel du CISME pose une série de questions : « 1) quels sont les métiers qui existent dans nos Services ? 2) quels sont les métiers qui devraient exister dans nos Services ? 3) existe-t-il des tâches aujourd'hui effectuées qui pourraient être supprimées car considérées comme inutiles ou "dépassées" ? [...] 4) existe-t-il des tâches aujourd'hui effectuées qui pourraient être confiées à d'autres acteurs mieux qualifiés ? ». Le congrès de 2007 approfondit ce mouvement, puisque ses deux principaux axes sont la délégation et le transfert de tâches, dans le sens « médecins du travail vers les autres professionnels » uniquement.

Les motivations d'une politique

Pour quelles raisons l'organisation patronale a-t-elle soutenu une telle politique ? On peut faire plusieurs hypothèses : volonté de substituer aux médecins du travail des salariés moins protégés et moins payés (alors que la cotisation forfaitaire par salarié reste la même) ; volonté de transformer les services de prévention en « départements hygiène et sécurité » interentreprises, chargés d'abord de gérer le risque juridique et économique encouru par l'employeur en cas de sinistre ; volonté, enfin, de se positionner sur le marché concurrentiel de la consultance, par l'offre de « prestations de prévention » tarifées en plus du service rendu dans le cadre réglementaire.

Il faut souligner que des dissensions existent au sein du patronat français autour de la « démedicalisation » : lorsque le MEDEF propose en 2000 de confier la surveillance médicale à des médecins de ville, les employeurs du CISME s'y opposent et défendent un temps le caractère indispensable des médecins du travail, par crainte que les services ne disparaissent. L'épisode illustre le fait qu'il existe un patronat de la médecine du travail aux intérêts spécifiques (la cotisation de médecine du travail représente environ un milliard d'euros de recettes annuelles), distincts de ceux des autres employeurs qui cherchent d'abord à réduire leurs coûts.

Enfin, les confédérations syndicales et les salariés des services se sont-ils opposés à cette évolution ? Il semblerait que la polysémie de l'expression « santé au travail » ait en partie masqué l'ambiguïté des motivations patronales, et donc affaibli les stratégies de résistance des principaux concernés. C'est pourquoi, s'il y a un consensus sur la nécessité d'une approche pluridisciplinaire en termes de prévention des atteintes sanitaires liées au travail, il faut veiller à cerner les sens différents que chacune des parties met derrière cette expression¹⁵.

¹⁵ Je me permets de renvoyer pour davantage de précisions à Pascal Marichalar, « La médecine du travail sans les médecins ? Une action patronale de longue haleine (1971-2010) », *Politix*, vol. 23, n° 91, 2010, p. 27-52.

Les adolescents face aux conduites à risque(s) : Entre « vivre plus » et quête de soi, quelle place pour les adultes ?

Par M. Gabriel Féménias

NDLR: *M. Féménias s'intéresse à l'adolescence depuis une dizaine d'années pour ce qu'elle a de complexe, de déstabilisant et de magique à la fois. Cette traversée de la rivière pour reprendre l'image de Michel Serres dans le Tiers-Instruit, (Folio – Essais n° 199) est à son sens, une source intarissable d'inattendus et le reflet limpide parfois gênant de l'état de Santé de la société des adultes. Son cursus: Formation universitaire initiale en Sciences et Activités Physiques et Sportives (Toulon), Spécialisation en Master Professionnel en Promotion et Education pour la Santé (Montpellier), Formation complémentaire en Sciences de l'Education et en Santé Publique (Recherche en lien avec l'adolescence - Montpellier). Il dirige depuis 2008 la Maison des Adolescents de l'Est du Val d'Oise (Gonesse) membre de l'Association Nationale des Maison des Adolescents. Il est professeur diplômé d'Etat d'Aïkido (BEES 2° degré) et membre de la Commission Nationale d'enseignement aux jeunes de la Fédération Française d'Aïkido et de Budo.*

Face à la complexité du sujet, je propose modestement quelques pistes de travail pour améliorer l'efficience de nos actions en matière de santé publique. Nombreux sont les chercheurs qui s'intéressent à ces questions et je n'ai nullement l'intention de révolutionner le sujet ni la prétention de faire le tour de la question. Leurs travaux sont pour moi une base de réflexion essentielle; ils me permettent de prendre du recul vis-à-vis de mon activité professionnelle et d'y apposer un regard que j'espère singulier.

Revenons dans un premier temps sur le titre de cet article pour en clarifier les termes à commencer par le concept de « conduites à risque(s) ». Il s'agit d'un comportement de répétition de « prises de risque(s) » visant la recherche de plaisir, de sensations et bien souvent, le soulagement d'un malaise intérieur. Ces conduites peuvent revêtir différents aspects et être déterminées par l'identité sexuée, les histoires de vie, les contextes sociaux et familiaux ainsi que par l'état de santé physique et psychique des jeunes. Nous connaissons de nombreuses expressions de ces conduites: les actes de violence multiples, les troubles du comportement alimentaire, les scarifications, les rapports sexuels à risques répétés, les addictions ou encore les conduites suicidaires. Ces exemples se caractérisent chez les jeunes par une mise en danger de soi, de leur santé voire de leur vie. Bien évidemment, tous les adolescents n'ont pas forcément recours à ce type de comportements itératifs et il est important de rappeler que, selon les études réalisées ces dernières années, 85 % des jeunes sont censés aller plutôt bien. C'est donc sans alarmisme mais avec une vigilance de chaque instant que les adultes ont le devoir d'interroger ces problématiques sensibles, ces actes aux conséquences parfois dramatiques. Les solutions sont à trouver collectivement, il s'agit là d'une des missions les plus fondamentales de la

communauté adulte qui ne doit pas se défausser de ses responsabilités en rejetant la faute sur le jeune qui transgresse. J'évoquais le mot « alarmisme » précédemment; les adultes semblent être de plus en plus nombreux à manquer de repères pour se situer dans la société et y occuper leur place. Il est par conséquent difficile pour eux d'assumer quelque responsabilité que ce soit vis-à-vis des plus jeunes. Un vaste chantier s'ouvre à nous: rendons leur place aux adultes et responsabilisons-les.

Quelle place pour les parents ?

La position des parents est intéressante, en effet, « inquiétude » est un mot qui revient très fréquemment dans les discussions que nous pouvons avoir avec les parents d'adolescents. Pour illustrer cela, je tiens à partager ici une anecdote qui m'est arrivée personnellement il y a quelque temps: le papa d'un jeune garçon de 15 ans que nous appellerons Octave, m'aborde de façon directe lors d'une soirée. Il semble connaître mon activité professionnelle et m'expose sans détour les faits suivants:

« Mon fils s'est battu hier au collège, j'ai découvert qu'il fumait récemment et j'ai trouvé des liens vers des films pornographiques sur son ordinateur. Quand j'en parle avec lui, il nie tout, il refuse le dialogue et j'ai lu sur Internet que: **violence + dépendance + sexe = conduites à risques = mal être/dépression = risque suicidaire.** »

Il conclut alors par: « Vous comprendrez que je sois très inquiet! ».

Bien évidemment, ce papa qui aurait pu être une maman, était très touchant et sincère dans sa démarche mais qu'interrogeait-il au final?

« Suis-je compétent dans mon rôle de parent, en ai-je les moyens? ».

Si l'équation du papa d'Octave peut prêter à sourire, il n'en demeure pas moins que cet exemple illustre l'idée

que les parents ont parfois beaucoup de mal à se rassurer eux-mêmes et par conséquent à être rassurants pour leurs enfants. Etiolé par le doute ou la peur de mal faire, le cadre est moins sécurisant pour l'adolescent qui vient s'y frotter, le tester et parfois s'y piquer pour avancer. Cela ne signifie pas que les parents ne doivent pas douter ni se remettre en question; cependant, ils doivent être en mesure de se tenir droit face à leurs enfants, ils sont les garants d'une expérience, d'une antériorité et bien sûr d'un cadre juste et sécurisant.

Pour en revenir au papa d'Octave, j'ai eu l'occasion de le revoir par la suite; lors de notre échange précédant, je lui avais soumis l'idée d'aller rencontrer un professionnel de la Maison des Adolescents proche de chez lui. Fort de cette rencontre et du travail amorcé avec ce professionnel, il me parla de soutien de la fonction parentale et de lucidité vis-à-vis des informations reçues. Il était donc en train de développer de nouvelles compétences et notamment en « *diététique de l'information* », concept cher à Joël de Rosnay (Les Cahiers Pédagogiques – n° 446/oct. 2006). Autrement dit, il devenait progressivement capable de faire le tri dans l'incroyable foisonnement d'informations à notre disposition; il devenait ainsi un peu plus acteur, au sens sociologique du terme, de son existence et au final plus apte à assumer sa fonction de père.

Pour rappel, le soutien de la fonction parentale diffère du soutien aux parents. Il s'agit d'une démarche d'accompagnement visant à donner les moyens à ces derniers ou à reconnaître les moyens qu'ils ont en leur possession, pour qu'ils soient bien les parents de leurs enfants.

Le risque comme base de progrès

Revenons à présent sur ces adolescents en recherche de sensations voire de frissons et cherchons à en comprendre le sens. Pour David Le Breton, sociologue à l'université de Strasbourg II, les pratiques disparates que recouvre le terme "conduites à risques" peuvent se définir du point de vue du jeune comme « *une mise en jeu de soi, dont l'enjeu n'est pas de mourir mais de vivre plus.* » (Alternative santé, n° 314, sept 2004). Les adolescents vont avoir besoin d'agir et de faire leur expérience de manière relativement indéterminée liée à la désorganisation pubertaire. Dans cette période le risque est forcément présent; l'affronter est nécessaire et il ne s'agit pas d'un jeu mais d'un devoir bien réel et sérieux pour leur développement. Il n'y a en effet pas de progrès sans risque et si l'adolescence est une traversée vers une berge inconnue, elle induit forcément de prendre un risque, de prendre des risques. Annie Biraux et Didier Lauru (« Adolescence et prise de risques », Albin Michel, 2010) exposent qu'une des difficultés de notre société moderne réside dans le fait que les comportements à risques des adolescents « *ne*

constituent pas toujours une façon de s'adapter à travers l'expérience; ils répondent plus souvent à une compulsion d'autodestruction. »

J'observe l'augmentation de ces comportements à risques inadaptés et je ne peux m'empêcher de penser qu'ils sont en grande partie liés aux difficultés que rencontrent les jeunes à se projeter dans un avenir qui n'a rien de sécurisant. Chômage, violence, exclusion et crise sont les mots qu'ils entendent tous les jours et qui dressent un portrait bien morose de la berge vers laquelle ils doivent aller. Alors il est vrai que certains vont interroger les limites du système et prendre des risques mais il ne faut pas confondre les conduites à risques et les conduites suicidaires. En effet, comme l'indique le sociologue Christophe Moreau (« La fête et les jeunes; espaces publics incertains », C. Moreau et A. Sauvage, Rennes, Apogée, 2007), les conduites à risques « *sont plutôt l'expression d'une volonté de vivre, et un moyen de se chercher et de se construire son identité, même si malheureusement, pour une minorité de jeunes, elles sont destructrices. Les conduites à risques s'inscrivent dans un cycle de quête de soi et d'expérimentation, auquel il faut prêter une grande attention pour ne pas le banaliser, ni le dramatiser.* »

Des réponses institutionnelles, des dispositifs

En réponse à ces problématiques, la communauté adulte a mis en place un certain nombre de dispositifs sensés répondre aux besoins des adolescents. Il se trouve que je coordonne l'un d'entre eux: une Maison Des Adolescents (MDA), qui est une plateforme généraliste pour les 12/25 ans et leurs parents où se mêlent des professionnels du soin, de l'éducatif, du social et pour certaines du culturel. Ces structures font partie d'un maillage étoffé dans lequel nous pouvons retrouver par exemple les Espaces Santé Jeunes (ESJ), les Points Accueil Ecoute Jeunes (PAEJ) et les services hospitaliers spécialisés.

En une année d'activité, plus de 1 500 jeunes ont fréquenté la MDA de l'Est du Val d'Oise. Dans cette structure les situations simples côtoient les plus complexes, les prises en charge individuelles s'articulent avec les ateliers collectifs et l'équipe pluriprofessionnelle s'appuie sur un riche réseau de partenaires. J'aime à remarquer que les situations que nous rencontrons sont extrêmement singulières et que si nous devons dégager une qualité incontournable pour travailler avec les jeunes, je dirais qu'il s'agit de l'adaptabilité.

Pour illustrer ce que peut être notre travail auprès des adolescents, je vous propose d'exposer deux situations auxquelles l'équipe a du apporter une réponse.

AMANDINE

La première d'entre elles concerne une jeune fille de 16 ans que nous appellerons ici Amandine. Amandine a entendu parler de la structure auprès d'une copine. Dès son arrivée au sein de la MDA, elle va solliciter l'infirmière et lui demander s'il est possible de réaliser un test de grossesse rapidement. Lors de l'entretien, elle explique qu'elle a eut un rapport sexuel non protégé et qu'elle voudrait « être fixée ». Le résultat va s'avérer négatif. Durant l'entretien avec l'infirmière, Amandine va énumérer les risques liés aux rapports sexuels non protégés : la grossesse, les IST, le SIDA. Les risques, « je les connais bien ! » mais elle explique qu'elle n'y a pas pensé pendant l'acte sexuel. L'infirmière va proposer de l'aider dans une démarche auprès d'un centre de dépistage ce qu'Amandine va accepter. En complément, un rendez-vous est pris avec la gynécologue de la MDA qui lui prescrira une contraception orale adaptée. Cet entretien sera l'occasion de nouveaux échanges au sujet de la sexualité de la jeune fille. Très reconnaissante, Amandine nous quittera avec des connaissances précises sur les risques liés aux rapports sexuels non protégés et sur les moyens de s'en préserver.

Malgré cela, trois mois plus tard, Amandine est de retour à la MDA pour des raisons similaires. Elle a eu à nouveau des rapports sexuels non protégés et a décidé de surcroît de ne pas utiliser la contraception orale prescrite par la gynécologue. Elle nous dira à nouveau connaître les risques liés à son comportement mais ne pas avoir utilisé le préservatif délibérément. De plus, elle expliquera ne pas avoir pris la pilule sur les conseils de son amie lui ayant dit que cela pouvait provoquer des maux de ventre. Le test de grossesse va s'avérer une nouvelle fois négatif tout comme les tests de dépistage. L'équipe va alors proposer un suivi rapproché à Amandine pour l'aider à acquérir des compétences qu'elle pourra réinvestir dans sa vie sexuelle tout en travaillant sur ses prises de risques passées.

Le cas d'Amandine est une illustration claire de la forme que peut revêtir une conduite à risques. En effet, les grossesses précoces font parties des prises de risques de l'adolescence, dont l'objectif est de mettre le corps en danger. Ce corps, par lequel naît le sentiment de frustration avec l'éveil de la sexualité, est vécu comme un objet de persécution. L'adolescente attaque son corps car il est source de souffrance. Alors que les garçons choisissent des conduites à risques sociales, les filles se tournent vers l'attaque directe du corps : Tentatives de Suicide, troubles alimentaires, grossesses, IST...

On ne peut plus soutenir aujourd'hui que les adolescentes deviennent mères par ignorance, naïveté ou par inaptitude à utiliser les moyens de contraceptions. Ce

phénomène de grossesse précoce ne peut être réduit à une simple méconnaissance des contraceptifs ou d'une immaturité. Ses conduites peuvent être un appel au secours, mais aussi l'expression d'un mal être, d'une carence affective, d'un besoin de reconnaissance.

ADAM

La deuxième situation est celle d'un jeune homme de 17 ans que nous nommerons Adam. Lors de sa première visite à la MDA, Adam est accompagné par sa mère. Ils vont solliciter l'éducatrice spécialisée pour qu'elle aide le jeune homme à trouver une formation adaptée à sa situation. Adam vit depuis toujours dans un quartier sensible de la ville de Gonesse, il est issu d'une fratrie de 4 enfants, sa mère est seule à les élever. Elle travaille en tant que caissière, ce qui ne lui permet pas d'avoir des revenus suffisants pour subvenir à l'ensemble des besoins de la famille. Ses horaires décalés ne lui permettent pas non plus d'éduquer ses enfants comme elle le souhaiterait. Quelques semaines avant l'entretien, Adam a emprunté sans autorisation la voiture de sa mère pour promener ses copains dans le quartier et l'a accidentée. Ne pouvant plus utiliser le véhicule pour se rendre sur son lieu de travail, démunie et seule, la mère d'Adam l'a exclu temporairement du domicile familial « pour lui apprendre la réalité de la vie ! ».

Adam est alors scolarisé en 2^e année de commerce et va très vite exprimer le souhait d'effectuer sa dernière année de formation dans un internat afin de s'éloigner de son environnement. Il admet être influençable et pense que son environnement actuel est susceptible de compromettre son avenir. Il ne se sent pas de taille pour y faire face seul. Il dit souhaiter devenir « un adulte responsable et réfléchi » tout en étant convaincu que cette tâche est plus difficile dans la situation sociale qui est la sienne. Avec lui se construit donc un projet d'internat d'excellence ; les contacts sont entrepris avec succès puisqu'il doit l'intégrer dès la rentrée suivante comme il le désirait. Parallèlement et en accord avec la mère d'Adam, une demande de prise en charge est déposée auprès de l'Aide Sociale à l'Enfance. Un soutien éducatif est ainsi proposé à l'ensemble de la famille ; Adam doit demeurer sage et ne doit pas faire d'écart au risque de voir son projet d'internat compromis. Malheureusement et en connaissant les risques encourus, il va commettre un délit (vol à l'arraché) qui va lui valoir un jugement et un placement provisoire en foyer éducatif dans une autre ville éloignée.

Malgré ce nouvel écart de conduite, Adam va réussir à témoigner de suffisamment de détermination à mener à bien son projet et parvenir à convaincre les responsables de l'internat de lui laisser une chance. Aujourd'hui, il est en 3^e année au sein de cet internat tout au long de la

semaine et rentre les week-ends au sein de son foyer. Il a une chambre seul où il est très cadré pour ses études et le respect du règlement. Il apprécie cette ambiance rigoureuse et de qualité que ce soit pour l'internat ou le lycée. Il peut se montrer sous un autre jour face à ses camarades de classe, sans cette étiquette de « jeune des quartiers » et exprimer sa propre personnalité et ses qualités.

De retour au foyer de placement, face à tous ces autres jeunes placés également ici pour délits, Adam affiche à nouveau son étiquette de « jeunes des quartiers ». Le jeune homme est ainsi capable de s'appuyer sur son environnement immédiat, d'y piocher les ressources nécessaires pour revêtir le comportement qui lui semble le plus adapté à la situation.

Adam a été donc l'auteur de plusieurs actes délicats que l'on qualifie de conduites à risques. Ces actes peuvent être assimilés à des rites de passage dont l'objectif est d'exister au sein d'un groupe. Adam adopte ainsi les codes du groupe dans lequel il est pour en faire partie, y avoir sa place et y être reconnu. Il s'agit d'un processus de construction ou (re)construction identitaire à travers la sphère groupale. On remarque une nouvelle fois à quel point l'influence des pairs peut être importantes dans les choix des adolescents; rappelons-nous d'Amandine qui a préféré écouter le conseil de son amie plutôt que celui de la gynécologue. Les conduites à risques peuvent ainsi revêtir les formes les plus diverses et se manifester aux adultes de manière plus ou moins évidente. Il faut donc éduquer les adultes à décrypter les signes de mal-être chez les plus jeunes.

Plaidoyer pour une nouvelle politique de santé publique en faveur des adolescents

Répartis sur le territoire national, de multiples structures d'accueil, de soutien, d'accompagnement voire de soins existent pour les adolescents, les jeunes adultes et leurs parents. Les actions de prévention et d'éducation pour la santé sont ainsi portées par des dispositifs divers et variés. Dans son ouvrage « Adolescence, Repères pour les parents et les professionnels » (La Découverte, 2004), le Professeur Philippe Jeammet propose aux experts présents de réfléchir aux moyens d'améliorer la prise en compte de la santé des adolescents par les institutions concernées. Voici de manière synthétique, quelques-unes de leurs propositions :

- Choisir des professionnels motivés associés à des circuits administratifs allégés.
- Renforcer la cohérence des actions en s'appuyant sur les réseaux existants ou en les développant.
- S'appuyer aussi sur les relais traditionnels que sont les parents, la famille et l'école. Il ne faut pas sous-estimer leur importance.

- Coordonner l'ensemble des actions pour répartir l'offre et éviter les conflits interprofessionnels ou interinstitutionnels.
- Travailler sur les résistances des adultes vis-à-vis des jeunes.
- Mettre en place une véritable politique de santé publique en repensant nos méthodes d'action en profondeur.

Ces propositions forment un plaidoyer en faveur de la mise en place d'une politique de santé publique en faveur des adolescents. Elle devra favoriser une coordination des différents dispositifs et s'appuyer sur les réseaux existants ainsi que sur les relais traditionnels.

Quelques propositions concrètes pour améliorer la prévention des conduites à risques chez les adolescents

Cette politique de santé publique devra être source de propositions dans le domaine de la prévention et notamment dans la prévention des conduites à risques. Aussi, je m'appuie à nouveau sur les travaux du sociologue Christophe Moreau pour proposer six axes à développer en priorité :

1 – Il faut accompagner les jeunes dans leur processus de construction identitaire et dans le processus d'apprentissage émotionnel. Accompagner les adolescents pour :

- a. se construire leur identité et trouver leur place
- b. apprendre à maîtriser leurs désirs et leurs comportements.

2 – Le problème est d'ordre existentiel et émotionnel, il n'est pas du registre des connaissances, ce qui remet en cause les pratiques « classiques » de prévention. Proposer des actions innovantes qui :

- a. les mettent en situation de responsabilité sociale (*capitaine de soirée, organisation d'une fête*)
- b. les touchent dans leurs émotions (*voiture tonneau, images choc, témoignages d'accidentés*).

3 – La fête est une question sérieuse, qui relève de la sphère publique et des politiques publiques, et la communauté adulte doit s'y investir très sérieusement pour réduire les risques.

4 – Si les conduites à risques s'apparentent à des substituts aux « rites de passages » traditionnels, il faut surtout travailler au processus « d'agrégation » des jeunes générations au monde adulte. On constate :

- a. qu'il y a un déficit d'agrégation aujourd'hui, qui génère un allongement de la "période de marge" et donc un allongement des pratiques initiatiques et mortifères;
- b. que l'on pourrait recréer des dispositifs sociaux permettant de marquer les passages: anniversaires, accès au droit de vote, accès au BAC etc. On peut parier que l'organisation de tels "dispositifs d'agrégation" permettrait de limiter les conduites à risque.

5 – Des évolutions dans notre relation à l'autre, et dans les relations entre garçons et filles, sont à interroger pour comprendre et prévenir les conduites à risques.

6 – Même si ces conduites concernent potentiellement la majorité des adolescents, qui passera sans problème cette période, on doit être particulièrement vigilant et actif pour environ 10-15 % des ados et des jeunes qui sont beaucoup plus vulnérables et souvent en grande souffrance. Bien que l'action publique ne doive pas se focaliser uniquement sur ces jeunes "les plus casse-cous", les plus à risques (et ce ne sont pas toujours les plus bruyants), on doit développer des stratégies spécifiques pour réparer leur mal être, les accompagner dans leurs difficultés. C'est ici que l'on doit faire se rencontrer le monde socioculturel (animateurs), le monde scolaire, le monde du travail social (prévention spécialisée, aide sociale à l'enfance), le monde de la sécurité (forces de l'ordre, justice), le monde de la santé (santé scolaire, médecine de ville, psychiatrie). Tout projet local doit donc articuler cette dimension du mal être (création de réseaux de partenaires et d'une veille spécifique) avec une dimension du bien être qui concerne tous les jeunes.

Responsabilisons les adultes

Dans son ouvrage « Pour nos ados, soyons adultes. » (Odile Jacob, 2008), le Professeur Philippe Jeammet rappelle que « pour vivre, les adolescents ont besoin que les adultes sachent tenir leur place et imposer, comme nécessaires et naturels, leur soutien, leur accompagnement, leur autorité. » Il ajoute que les adolescents « ont besoin que ces mêmes adultes témoignent, par leur existence, de l'intérêt que la vie a en elle-même, indépendamment des échecs, des souffrances, des déceptions inévitables. »

Je pense qu'il est fondamental d'insister sur le rôle et la responsabilité des adultes vis-à-vis des plus jeunes et notamment durant la période adolescente. La traversée de la rivière aussi inévitable soit-elle, peut être plus ou moins mouvementée en fonction des individus. Pour soutenir ce cheminement, il est important de proposer aux adolescents un rivage accueillant vers lequel ils sont tentés de se projeter. Accueillant ne signifiant pas aseptisé, la réalité doit apparaître mais elle peut être empreinte d'espoir en l'avenir.

Les enjeux demeurent considérables; en effet, le Docteur Alain Meunier (« Ces ados qui nous tracasent. », Michel Lafon, 2008), précise que l'« on compte chez les ados 160 000 tentatives de suicides (répertoriées) par

an et, toutes auto-agressions confondues, c'est probablement un million d'entre eux qui ont rendez-vous avec l'autoviolence. » Il insiste ensuite sur le fait que « c'est à l'intérieur même de la famille qu'il faut tenter non de sévir, cela va de soi (sévir contre une tentative de suicide!), mais de protéger. »

Il est fréquent d'entendre que la santé d'une société se mesure en fonction du traitement qu'elle réserve aux plus jeunes et aux plus anciens. Dans la période difficile que nous traversons actuellement, il faut croire plus que jamais en la jeunesse de notre pays et construire avec elle la société de demain. Il s'agit bien sûr de permettre aux jeunes de se projeter avec énergie dans cette vaste entreprise et d'y trouver du sens et leur place.

Peut-être que le moment est aussi venu de révolutionner nos modèles de pensée et de permettre aux jeunes de s'identifier à d'autres valeurs que celles du plus fort, du meilleur, du plus beau ou encore du plus cher... Dans l'incontournable « Eloge de la différence » (Seuil, 1981), le Professeur Albert Jacquard, il y a plus de trente ans déjà, écrivait ces quelques mots que je trouve bon de rappeler ici : « *Quel plus beau cadeau peut nous faire l'« autre » que de renforcer notre unicité, notre originalité, en étant différent de nous? Il ne s'agit pas d'édulcorer les conflits, de gommer les oppositions; mais d'admettre que ces conflits, ces oppositions doivent et peuvent être bénéfiques à tous. »*

La condition est que l'objectif ne soit pas la destruction de l'autre, ou l'instauration d'une hiérarchie, mais la construction progressive de chacun. Le heurt, même violent, est bienfaisant; il permet à chacun de se révéler dans sa singularité; la compétition, au contraire, presque toujours sournoise, est destructrice, elle ne peut aboutir qu'à situer quelqu'un à l'intérieur d'un ordre imposé, d'une hiérarchie nécessairement artificielle, arbitraire.

Le généticien conclut son ouvrage sur une note pleine d'espoir adressée aux générations d'après : « *Cet effort d'imagination [pour modifier notre monde], il semble que la génération, si décriée, qui s'apprête à nous succéder l'ait déjà largement entrepris. La révolte contre la trilogie métro-boulot-dodo, contre le carcan du confort douceâtre, l'affadissement du quotidien organisé, la mort insinuante des acceptations, ce sont nos enfants qui nous l'enseignent. Sauront-ils bâtir un monde où l'Homme sera moins à la merci de l'Homme? »*

A nous de leur en donner les moyens.

Les centres de santé communautaires aux États-Unis : modèle et perspectives

D^r Frédéric Villebrun,

Médecin généraliste, Centre Municipal de Santé (Champigny-sur-Marne)

L'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Coïncidence - ou pas ? – deux articles sur les centres de santé communautaires aux États-Unis, *community health center* (CHC), ont paru successivement dans la prestigieuse revue *New England Journal of Medicine*, le 30 juin et le 7 juillet 2011. Le premier article des Drs Richard E. Rieselbach et Arthur L. Kellermann, *A model health care delivery system for Medicaid*, traite des perspectives de développement des CHC après l'adoption récente de la réforme Obama sur la protection de la santé aux États-Unis, *Patient protection and Affordable Care Act (ACA)*. L'article suivant du Dr Thomas Bodenheimer, *Lessons from the trenches – A high-functioning primary care clinic*, a pour sujet la « révolution » en cours dans l'organisation du système des soins primaires aux États-Unis, à partir de la description d'un CHC précurseur, le *Clinica family health services*. La traduction commentée de ces deux publications récentes, l'une descriptive et l'autre prospective, offre un nouvel horizon et des arguments solides pour le développement du projet de santé et des valeurs de nombreux centres de santé polyvalents en France.

1^{re} partie

Le centre de santé communautaire *Clinica*, un précurseur

Situé près de la ville de Denver aux États-Unis, le centre de santé communautaire - *community health center* (CHC) - « *Clinica family health services* » prend soin d'une population ayant de bas revenus et majoritairement d'origine latino-américaine. Fondé dans une simple cuisine par Alicia Sanchez il y a trente ans, le centre *Clinica* s'est progressivement développé pour compter aujourd'hui quarante mille patients se répartissant sur quatre sites.

Cinquante pour cent de ces patients n'ont pas d'assurance-maladie et 40 % ont l'assurance-maladie de base, *Medicaid*. Comme beaucoup de CHC aux États-Unis, le centre *Clinica* est financé par les versements du fond *Medicaid*, les subventions gouvernementales, le paiement minoré des actes par les patients non assurés et la collecte continue de fonds supplémentaires au niveau local. Pour l'auteur, Thomas Bodenheimer, l'histoire du centre *Clinica* révèle que les soins primaires aux États-Unis sont actuellement en pleine transformation, sous

la forme de deux « révolutions » : la première est née de l'évolution des soins aux patients atteints de maladies chroniques, comme l'asthme ou le diabète ; la deuxième révolution, dans le sillage de la précédente, concerne un changement dans l'offre de soins, désormais centrés sur le patient. Les centres de santé ayant opéré ce dernier changement sont appelés des « maisons médicales centrées sur le patient », *patient-centered medical home* (PCMH). Le centre *Clinica*, pionnier dès 1998 dans le changement profond de la prise en charge aux patients atteints de diabète, devient une PCMH dans les années 2000.

T. Bodenheimer identifie trois piliers constitutifs de ces maisons médicales centrées sur le patient : la continuité des soins, la rapidité d'accès aux soins et des soignants exerçant en équipe. Pour la réussite d'un tel bouleversement de l'organisation des CHC, les médecins généralistes, les infirmiers praticiens – *nurse practitioners*, et les assistants praticiens – *physician assistants*, au cœur de l'équipe de soins de premier recours, doivent nécessairement adapter leur vie professionnelle aux exigences liées à ces trois piliers.

Continuité des soins

Afin d'implémenter une « culture de la continuité des soins » au sein de l'équipe soignante, il est nécessaire que chaque patient soit intégré dans la file active d'un seul professionnel de santé (NDR : nous le nommerons par la suite « médecin traitant » comme en France pour faciliter la lecture, bien que ce professionnel de santé ne soit pas nécessairement médecin au centre *Clinica*), qui doit être disponible la majeure partie de la semaine. Les soignants doivent également pouvoir intercaler dans leur agenda de consultations programmées d'éventuels rendez-vous non programmés afin de satisfaire aux besoins de leurs patients – et non des patients de leurs confrères. Enfin, le personnel du standard téléphonique doit avoir pour priorité le maintien de la continuité des soins.

Rapidité d'accès aux soins

T. Bodenheimer compare l'objectif de la continuité des soins avec l'ascension d'une montagne de 1 500 mètres, alors que l'objectif d'un accès rapide aux soins

serait celle d'un pic de 4 300 mètres. Au centre Clinica, le délai pour l'obtention d'un rendez-vous est inférieur à six jours, et le plus souvent dans les deux jours. Les rendez-vous de consultations sont pris uniquement de 8 heures à 10 heures du matin, en laissant de nombreuses plages pour les demandes de consultations le jour même. Les plannings de consultations sont ouverts uniquement sur deux semaines à venir, afin de s'assurer que des rendez-vous de consultations programmées soient toujours disponibles. Des aide-mémoire électroniques génèrent automatiquement des rappels téléphoniques aux dates appropriées pour les patients concernés.

Le personnel du standard n'est pas autorisé à refuser une consultation au patient. La consultation pourra être soit un rendez-vous programmé, soit un rendez-vous intercalé le jour même avec un médecin, soit une consultation avec un infirmier, non praticien (*registered nurse*). Pour assurer l'accès rapide aux soins, la demande de consultations doit être en équilibre avec le nombre de plages de consultations offertes. Au centre Clinica, l'adéquation entre demande et offre de consultations est permise par l'élimination des demandes injustifiées et l'augmentation possible du nombre de consultations disponibles.

La continuité des soins réduit la demande, car les patients qui ne voient pas d'emblée leur médecin traitant nécessitent souvent par la suite une consultation supplémentaire pour le même motif avec leur médecin traitant (Murray et Tantau 2000). La demande de consultations est réduite par l'augmentation de la durée entre deux consultations de suivi, qui n'altérerait la qualité des soins aux patients (Schectman et coll. 2005).

Le nombre de consultations est augmenté grâce à l'offre de rendez-vous avec des infirmiers – non praticiens – pour les pathologies les moins complexes, et les consultations de groupe (*group visits*) qui permettent aux praticiens de voir 30 à 40 % de patients en plus par heure.

Pour améliorer la continuité et la rapidité d'accès aux soins, les professionnels intègrent une véritable approche des soins « centrée patient » : voir les patients la plupart des jours de la semaine, offrir à tous leurs patients de consulter le jour même si nécessaire, ne pas compter sur leurs collègues pour voir un de leurs patients en urgence.

Pourquoi les professionnels du centre Clinica ont-ils accepté de tels changements dans leur pratique quotidienne? Selon T. Bodenheimer, cela résulterait à la fois de la persuasion de la direction médicale (« *this is the way it's going to be* »¹⁶), des bénéfices de cette politique constatés

chez les patients et du recrutement récent de soignants qui adhèrent aux mêmes principes.

Exercice en équipe

Le centre Clinica est passé audacieusement d'un modèle basé sur le médecin à un modèle structuré en équipe (« *team-based model* »). Toutes les activités cliniques sont centrées en un lieu autour de l'équipe de soins (« *care team* » ou « *pod* ») composée de trois médecins généralistes assistés chacun d'un assistant médical (« *medical assistant* »)¹⁷, un infirmier non praticien, un coordinateur des soins (« *case manager* »), un psychothérapeute comportementaliste (« *behavioral health professional* »), le personnel d'accueil et de gestion des dossiers médicaux.

Les praticiens n'ont pas leur propre cabinet, l'espace central du « pod » (NDR : désigne à la fois l'équipe et le lieu de l'exercice) est entouré de salles d'examen. Depuis cet espace central, les membres du « pod » interagissent facilement entre eux et voient directement toutes les salles d'examens.

Les indicateurs de qualité et de performance sont affichés sur un tableau au mur et tous les incidents ou défaillances sont régulièrement discutés en groupe. Les valeurs des indicateurs sont souvent meilleures que les performances nationales des centres relevant du Medicaid, ce qui est d'autant plus remarquable que 50 % des patients n'ont aucune assurance-maladie.

Chacun des membres du centre partage la responsabilité de chaque patient qui consulte au centre. L'assistant médical interroge le patient selon le modèle du dossier médical électronique, peut vacciner en suivant les protocoles sans impliquer les médecins, les infirmiers praticiens ou les assistants praticiens, qui signent ensuite le dossier médical électronique. L'équipe du « pod » se charge du suivi des patients qui recourent au centre en particulier pour la prévention et des soins chroniques : rappel des patients en retard pour un acte de dépistage de cancer du sein ou colo-rectal, ou un contrôle glycémique chez un patient diabétique. Les infirmiers non praticiens traitent selon des protocoles précis (« *standing orders* ») les infections bactériennes des sphères ORL ou génitales, ils équilibrent la posologie d'anticoagulant oral selon l'INR, sous la validation et la signature *a posteriori* du professionnel traitant le patient. Les praticiens se consacrent, autant qu'ils le peuvent, aux pathologies complexes et au

¹⁶ « C'est le chemin qu'il faut prendre ».

¹⁷ Note : les assistants praticiens (« *physician assistants* ») sont des professionnels de santé pratiquant des actes diagnostiques et thérapeutiques, médicaux ou chirurgicaux, les assistants médicaux (« *medical assistant* ») réalisent des tâches administratives et des actes cliniques sous la responsabilité de professionnels de santé, médecins ou autres.

management. Les autres soignants ont en charge les activités de routine.

Facteurs de réussite et perspectives

Pour T. Bodenheimer, seule une approche d'équipe permettra aux professionnels des soins primaires de résoudre les besoins de la population dans un contexte de pénurie de praticiens.

La transition vers une pratique d'équipe intégrée a nécessité le bouleversement de centaines de programmes de travail, détaillant qui faisait quoi et comment, pour par exemple: la réception des appels téléphoniques, la mise à jour d'un planning de consultations, la transmission aux patients des résultats de laboratoire, le renouvellement des prescriptions. Il a fallu créer de nouveaux programmes de travail pour les conditions cliniques banales et les soins aux enfants, dans le but de standardiser les prises en charge selon les recommandations de bonnes pratiques et en répartissant les responsabilités entre les membres de l'équipe.

Un changement radical d'état d'esprit des praticiens est nécessaire pour intégrer la démarche d'équipe. Dans de nombreux cabinets médicaux, les médecins pensent former une équipe, alors qu'ils réalisent tous les actes en ne déléguant que des tâches spécifiques aux autres: « faxez ce formulaire », « faites un ECG ».

Au centre Clinica, les activités cliniques, bien qu'elles soient supervisées par les médecins, les infirmiers praticiens et les assistants praticiens, sont toutes réalisées par les infirmiers non praticiens, les assistants médicaux et les coordonnateurs de soins. Pour que les praticiens acceptent de passer du « je » au « nous », les fonctions et le rôle des membres de l'équipe doivent être clairement notés dans les protocoles et le personnel non praticien doit être entraîné pour être compétent. Ces conditions permettent une confiance réciproque entre les membres de l'équipe de soins, ce qui donne aux praticiens le temps de se consacrer à des tâches plus complexes.

La priorité suivante pour le centre Clinica est de réduire les coûts en diminuant la fréquence des recours aux services d'urgence et des admissions hospitalières. L'accompagnement par des coordonnateurs de soins (« *care managers* ») des patients aux pathologies complexes nécessitant des soins coûteux et en situation précaire nécessite des financements nouveaux. La participation du centre Clinica à une organisation des soins responsable (« *accountable care organization* ») permettrait *in fine* de partager les économies sur les coûts des soins d'aval.

Les soignants acceptent ces bouleversements uniquement si leur vie professionnelle les satisfait plus maintenant qu'auparavant. Le centre Clinica semble avoir réussi à la fois à mieux répondre aux besoins des patients, tout en conservant un groupe de cliniciens fidèles.

NDLR: Nous donnerons la 2^e partie de ce texte (La vision d'un système de santé modèle: Medicaid après la réforme Obama?) et la 3^e partie (Discussion et comparaison avec les CDS en France) dans le prochain N° des Cahiers.

Les coordinations ou collectifs d'associations : émiettement du mouvement social ou enrichissement démocratique ?

Par le D^r Paul Cesbron

S'il fallait croire les états occidentaux, la démocratie, fruit du V^e siècle athénien av. J.C., et des « Lumières » de notre XVIII^e siècle, constituerait le modèle d'organisation politique des nations, indépassable, exportable, et s'il le faut par les armes, dont ils seraient comme les garants. En fait, la démocratie est un mouvement sans fin, universel, commencé dès le début de l'humanité. Souvent en échec, il tend contradictoirement à ouvrir les portes de la liberté, consubstantielle de l'aspiration à la fraternité et à la justice.

Le long et dur chantier d'une société démocratique

Fondée dans les luttes révolutionnaires des XIX^e et XX^e siècle, notre conception républicaine de la démocratie n'est pas, loin s'en faut, figée autour de la représentation délégataire élective. Les modes de représentation et les types de scrutin n'ont cessé de se transformer et pas seulement vers plus de démocratie. Quant aux rôles des chambres des « représentants du peuple », des législateurs, des pouvoirs exécutifs et judiciaires, dont l'indépendance serait un des principes fondateurs de la République (Charles de Montesquieu 1748), leurs « réformes » successives parfois profondes vont plutôt dans le sens d'une centralisation du pouvoir d'Etat. Quant au renforcement de l'exécutif par le jeu de la présidentialisation désormais universellement promue, sinon imposée, n'est-il pas antinomique de la démocratie ?

Encore de nombreux progrès à accomplir

La tendance forte à la personnalisation théâtralisée à tous les niveaux de pouvoirs, de la commune jusqu'à, demain, l'Europe, si l'on poursuit les vœux de nombreux dirigeants politiques, ne va pas non plus dans le sens de l'extension de la démocratie. Prenons l'exemple de la conception du suffrage universel. Elle accepte, dès son origine, des compromis fort peu respectueux des principes proclamés : suffrage censitaire, élimination jusqu'en 1944 en France de la moitié des citoyens : les femmes. Autant de marques indélébiles des fondations de notre république. Le « peuple » (demos) est alors limité aux propriétaires et parmi eux aux seuls hommes.

Mais, dira-t-on, s'il a fallu un siècle et demi et surtout de nombreuses luttes, pour universaliser notre seul mode de scrutin, nous y sommes arrivés. L'histoire est heurtée, certes, mais n'évolue-t-elle pas favorablement ? Celles et ceux qui défendent des projets de transformations sociales

ne peuvent-ils pas s'unir et former des organisations politiques, les partis, dont la représentativité soit reconnue ? A la seule condition de respecter les règles, les lois que « nous nous sommes données majoritairement ». « Tout est possible », « Oui, nous pouvons »...dit-on. Les représentants du peuple, ne peuvent-ils pas, dans le cadre des différentes constitutions de nos républiques, modifier les « règles du jeu social » ?

Des avancées démocratiques ?

Il est cependant assez clair que la concentration des pouvoirs et leur intrication dans la 5^e République, ont ouvertement, selon son fondateur, voulu s'émanciper de la « tyrannie » des partis. Il fallait seulement préserver les « formes démocratiques » par idéalisation de la fonction présidentielle, transformée en l'incarnation du peuple et réduction de la vie politique en un bipartisme formellement manichéen : « gauche contre droite » et vice-versa. En fait l'esprit de la Constitution tend à créer un véritable compromis, « l'alternance », possédant toute l'apparence séductrice d'authentiques divergences. Ainsi le décor démocratique de notre Constitution tente-t-il de dissimuler les véritables et profondes contradictions « d'intérêts » qui traversent notre république depuis sa création. Plus encore ces contradictions fondamentales recouvrent bien deux conceptions d'organisation sociale opposées, en dépit de leur référence commune aux idéaux (nommés curieusement aujourd'hui « valeurs ») républicains. La liberté des fondateurs de notre république bonapartiste était celle de la propriété des moyens de production et d'échange. Leur égalité, celle de pouvoir tous accéder à ce statut, c'est-à-dire de « *self made man* ». Quant à la fraternité, elle ne peut guère être plus que le baume illusoire, laïcisé, de notre vieille charité compassionnelle et paternaliste, théorisée sous l'appellation à prétention universaliste d'association Capital-Travail ou de participation des travailleurs au Capital.

Tous libres et égaux ?

A l'opposé ceux qui « œuvrent », qui produisent, directement ou non, des biens, les biens nécessaires à la société, perçoivent plus ou moins clairement, l'imposture de ces déclarations de fidélité à nos idéaux, alors qu'ils vivent lors des crises économiques, les conséquences les plus brutales et les plus humiliantes de l'exploitation.

Il revient donc à la Constitution et particulièrement à sa 5^e édition de rendre « imperceptible » les rapports

entre les classes sociales, plus précisément leur nature, et de réduire les choix politiques à des choix nommés « *sociétaux* ». Ceux-ci relèvent d'ailleurs, le plus souvent, de véritables droits sociaux : droits des femmes, immigration, droits des étrangers, statut du mariage, liberté de la presse, mais également des libertés individuelles : euthanasie, choix de vie sexuelle, contraception et avortement libre et gratuit... Mais ils ne recouvrent pas l'essentiel du champ politique occupé par les mécanismes (les lois économiques) de la production des richesses, de ceux qui organisent les sociétés humaines soit vers la liberté et l'égalité, soit vers plus d'oppression, d'inégalité et de défiance, sinon de haine, de l'autre.

L'Etat de Droit, paradigme de la démocratie?

Au cours de l'histoire de nos différentes républiques, l'organisation politique s'est donc donnée pour instrument dominant les partis politiques. Ils sont censés représenter au mieux les différents idéaux républicains. Ils s'inscriraient sur une palette nuancée d'analyses et de projets sociopolitiques différents, mais tous théoriquement unis autour du concept « *d'Etat de droit* ». Dans ce cadre les lois, émanations de la volonté populaire majoritaire, constituent la règle du jeu sociopolitique dont toute infraction relève de la justice. La violence armée ou policière destinée à leur répression relevant directement de l'Etat, est la seule autorisée et même considérée comme nécessaire à l'ordre public et mieux encore aux libertés fondamentales. Le mitterrandisme s'est fait le champion de cette conception de la démocratie.

Les travailleurs ont bien des raisons d'être insatisfaits

Toutefois, les travailleurs dès le XIX^e siècle ont estimé qu'il leur était indispensable de posséder leur propre organisation de classe, afin de défendre leurs intérêts moraux et matériels. En effet la loi dite « Le Chapelier », votée par l'Assemblée Nationale le 14 juin 1791, dès les premiers temps de la Révolution Française, avant la naissance de la République, affichait sans vergogne les limites des libertés qu'elle défendait, celles des propriétaires : « *prévenir... les coalitions que formeront les ouvriers pour faire augmenter le prix de la journée de travail...* ». interdire le droit de réunion aux citoyens d'un même état... Tout cela, en dépit de la proclamation des Droits de l'Homme, ou plutôt en raison de son interprétation délibérément restrictive. Confirmée en 1803, abrogée en 1848, restaurée en 1849, la loi Le Chapelier ne sera finalement remise en cause qu'à l'occasion de procès d'ouvriers pour fait de grève le 7 septembre 1862, défendus par l'avocat Berryer. A cette occasion il dénonce « *le traité de gré à gré* », c'est-à-dire la vente « *libre* » de la force de travail, « *c'est le marché de la faim; c'est la faim hissée à la discrétion de la spéculation industrielle* ».

Ce n'est pas sans luttes opiniâtres et souvent sanglantes qu'à la fin du XIX^e siècle fut obtenue la reconnais-

sance des « syndicats » de la classe ouvrière, dirigés par elle et dont l'existence et l'indépendance est théoriquement assurée par l'Etat. Ceux-ci ont jusqu'à la première guerre mondiale souvent combattu les prétentions jugées illusoire des partis politiques prétendant les représenter au niveau d'un Etat défendant des intérêts antagoniques aux leurs.

Nommé anarchosindicaliste, ce fort courant s'estimant trahi par les partis politiques votant les budgets de guerre en 1914, ne survivra pourtant guère à l'Union Sacrée et au grand massacre des peuples qu'elle entraînera. D'ailleurs la Révolution de 1917 brisera elle-même violemment cette force revendiquant son indépendance, en imposant la prééminence du politique, à Kronstadt dès son origine puis en 1936 lors de la guerre antifasciste espagnole.

D'autres outils de la démocratie

D'autres formes de vie politique vont se maintenir ou apparaître au cours du XX^e siècle.

Tout d'abord la Franc-maçonnerie, organisation d'origine médiévale, universaliste et philanthropique, rompant avec ses origines religieuses au XIX^e siècle, se fixe pour but, en réunissant en son sein par cooptation et initiation des « *hommes libres et de bonnes mœurs* », de travailler à l'amélioration matérielle et morale de l'humanité. Elle se propose donc de dépasser, sinon de résoudre les antagonismes de classes sociales par la philosophie rationaliste. Son influence politique est importante en France avant même la création de notre République.

Enfin, si l'on ne prend pas en compte les différentes organisations religieuses et sectaires, l'invention, au XX^e siècle (loi dite de 1901), d'un autre cadre institutionnel garantissant la liberté d'association, constitue un véritable bond démocratique élargissant les champs d'intervention des citoyens à tous les aspects de la vie sociale.

Fatalité de la résignation et créativité des luttes démocratiques

Toutes les institutions sans exception naissent, grandissent et meurent sans nécessairement remplir leurs objectifs. Afin de se préserver de la disparition toujours menaçante, elles élèvent des murs d'illusoires protections qui les isolent. Or, la vie est renouvellement et celui-ci est assuré par l'échange, y compris dans la transmission même de la vie.

Ainsi en est-il de nos institutions républicaines : la Constitution et les partis politiques. Elles apparaissent incapables d'assurer, du moins à elles seules, à la fois le respect de la dignité des personnes et la justice, en un mot nos idéaux républicains, autrement dit : « *le progrès* ». Les conditions politiques dans lesquelles nous vivons et que nous aurions acceptées, sinon voulues, par le suffrage

universel, nous pousserai-ent inéluctablement vers une impasse destructrice: la rétraction individuelle opposée « *par nature* » à l'égalité et à la fraternité, « *l'homme est un loup pour l'homme...* » (Thomas Hobbes 1651: « *Le Léviathan* »).

Par ailleurs, les échecs tragiques, également destructeurs, de ce que l'on nomme socialisme réel, constituent un véritable repoussoir. Toute transformation sociale imposée par une minorité, aussi éclairée soit-elle, est condamnée à juste titre.

On en arrive aujourd'hui à cette exigence politique nouvelle: nous devons dépasser la forme délégataire de la représentation et cette personnalisation devenue caricaturale et avilissante du pouvoir. Au fond, elle prétend que la monarchie élective est la seule forme humaine de pouvoir, assortie de quelques garanties déjà acquises en matière de liberté individuelle. Principalement: le droit de propriété. Le consommateur étant devenu l'archétype du citoyen, c'est-à-dire de l'individu libre. En fait, de l'individu asservi avec complaisance (Etienne de La Boétie 1574 « *Discours sur la servitude volontaire* »). Et le maintien de cette soumission est assuré par une domination idéologique, sous couvert de liberté de penser, d'expression, de presse...

Et bien non, aussi curieux que cela puisse paraître par ces temps de vents mauvais, d'innombrables personnes cherchent toujours à dépasser leur propre statut, à lutter pour la justice et la fraternité, en dépit des paradis artificiels qu'on leur fait miroiter. Et pour cela, ils se rassemblent et tentent en permanence de s'opposer aux privilèges, aux injustices, à toutes les formes d'oppression. Ils savent que l'unité est elle-même une lutte, mais qu'elle doit bannir tout affrontement violent et volonté de soumettre. Ils connaissent les contradictions de la fraternité, mais ils en goûtent aussi la saveur et en découvrent sa force respectueuse. Nous apprenons ainsi la nécessité de transformations auxquelles nous n'étions pas toujours préparés. Tout bouleversement comporte des incertitudes, des risques et des obstacles qui ne peuvent être affrontés que par l'échange, l'écoute de tous, seul ciment d'unité par confirmation de l'attitude paraissant la meilleure.

Emergence des Coordinations et Collectifs d'Associations

En France, mais aussi partout dans le monde, naissent depuis quelques années des formes de vie démocratiques nouvelles s'emparant de tous les aspects de la vie sociale nommées souvent collectifs ou coordinations.

Beaucoup ont atteint un niveau d'expériences qui dépasse le localisme ou le corporatisme. Même s'ils ont une forte spécificité: collectif de malades, de locataires d'un quartier, d'opposition à un projet jugé dangereux...

la plupart réalisent que leur combat nécessite l'élargissement, la convergence (c'est un nom qu'ils se donnent parfois).

Infirmières, sages-femmes ou psychologues, peu ou pas satisfaits des pratiques syndicales ou partisans, n'en sont pas moins conscients de la dimension politique de leurs luttes et plus encore des manœuvres de division que certains de leurs « interlocuteurs » tentent de leur faire jouer. Du droit des femmes à la défense des hôpitaux de proximité, tous ces collectifs rassemblent, travaillent à l'unité des élus, des syndicats, des politiques, mais plus largement des citoyens.

Tous réalisent en période électorale que le risque le plus grand n'est pas d'être harponné, récupéré, mais bien de réduire eux-mêmes leurs exigences sous prétexte d'utilité électorale. S'il est, pour quelques-uns, incontestable, et de surcroît, « *politiquement correct* », nécessaire de s'attirer la sympathie de ces collectifs par la flatterie, le soutien financier (par ailleurs nécessaire), les places au soleil..., il n'en est pas moins vrai que la clairvoyance et la volonté d'indépendance de nombreux collectifs est un gage de démocratie.

Il n'empêche qu'aussi lucides soient-ils, leur seule protection contre l'intégration au jeu mortel du « *partenariat social* », resteront toujours la jeunesse, la pugnacité démocratique et la créativité des luttes.

Certains collectifs regroupent un nombre considérable d'associations, elles-mêmes bien réelles et parfois fort importantes. Ils peuvent parfois difficilement échapper aux pièges institutionnels. Notre appareil d'État républicain a beaucoup appris en la matière. La « *concertation* » est devenue maître mot. Souvent formelle, elle n'en est pas moins obligation intégratrice d'ailleurs proclamée. Il n'est, le plus souvent, pas difficile d'affronter un ministre. Il ne l'est guère plus de participer régulièrement à des réunions d'organismes, conseils, comités officiels, quels qu'en soient les niveaux. Mais lorsque votre place est réservée, qu'on affiche des égards respectueux, sinon amicaux et flatteurs, il n'est pas impossible d'y perdre son âme. La somnolence démocratique peut assez vite gagner les plus combatives des associations. Tout pouvoir connaît les pouvoirs de la séduction.

Et pourtant cette nouvelle étape de la vie démocratique que constitue la naissance des collectifs d'associations au sein du mouvement social, de l'exigence multiforme de citoyenneté, c'est-à-dire de cette liberté, arbre et fruit de la justice, mère et sœur de la fraternité, est une des plus belles écoles de la vie politique.

Elle peut pour l'avenir être un bel instrument d'émancipation.

La révolution des biotechnologies

Par le D^r Michel Limousin,

Membre de la Commission santé & protection sociale du Pcf

NDLR: version actualisée d'une tribune parue dans L'Humanité Dimanche

On dit souvent qu'une révolution chasse l'autre : c'est faux. Particulièrement dans le domaine scientifique, les révolutions s'emboîtent les unes dans les autres, elles se succèdent. L'une prépare l'autre et l'autre ne saurait apparaître sans la première. Toute la difficulté consiste donc à reconnaître dans la révolution en cours la révolution à venir. C'est cette difficulté que nous rencontrons avec l'évolution actuelle des biotechnologies.

Paul Boccard dans son livre **Transformation et crise du capitalisme mondialisé**⁽¹⁸⁾ soulignait à juste raison l'importance de la révolution informationnelle qui a transformé le monde aujourd'hui. Il est plus difficile de percevoir ce que peut être la révolution des biotechnologies qui est en train d'émerger et qui va bouleverser à l'avenir non seulement de larges parties de l'activité économique, en particulier l'industrie pharmaceutique, mais encore nous poser des problèmes éthiques nouveaux.

Quelle est cette révolution ?

Elle approche la complexité du vivant à travers les techniques génétiques et biomoléculaires innovantes et établit des concepts nouveaux. Je donnerai ici pour bien me faire comprendre trois exemples récents d'innovations ou de découvertes majeures qui préfigurent des connaissances nouvelles et qui mettent en œuvre des processus nouveaux d'intervention sur la matière vivante.

a) l'exemple de la reconstitution d'un génome complet à partir d'un programme informatique.

De quoi s'agit-il ? «... de la première espèce capable de se reproduire sur la planète qui a pour parent un ordinateur ! » nous dit le biologiste américain John Craig Venter. En effet, l'article paru en mai 2010 dans le magazine *Science*, signé de D. G. Gibson travaillant dans les Instituts John Craig Venter de Rockville et de San Diego indique que son équipe est parvenue à reconstituer les 1,1 million de paires de bases qui forment les séquences de l'ADN des bactéries *Mycoplasma mycoides* ; ils ont transplanté ce génome artificiel dans des bactéries *Mycoplasma capri-*

colum donnant ainsi vie à une nouvelle bactérie pouvant se reproduire. « *En construisant le génome d'une bactérie grâce à des méthodes chimiques pointues et en transférant cette molécule comprenant un millier de gènes dans des cellules d'une autre espèce bactérienne, certes très proche sur le plan génétique, l'équipe de Venter a réussi un véritable tour de force expérimental* » commente dans le journal du CNRS, Jean Weissenbach⁽¹⁹⁾, directeur du Genoscope-Centre national de séquençage. Craig Venter parle d'une « *importante avancée philosophique dans l'histoire de nos espèces* ». Cette manipulation annonce-t-elle l'émergence d'organismes vivants fabriqués de A à Z par l'homme ? « *Rien n'empêche d'imaginer un tel scénario*, répond Jean Weissenbach. *Mais inventer une nouvelle espèce ex nihilo prendra énormément de temps* » « *Le travail de l'équipe de Craig Venter est cependant un exploit technique remarquable qui ouvre la voie à la synthèse de génomes entièrement conçus par l'expérimentateur. Il devient donc envisageable de tester des combinaisons sophistiquées de gènes et de les substituer à celles qui sont issues de la sélection naturelle, en s'entourant, bien sûr, des précautions expérimentales nécessaires.* »

L'important à retenir est que même c'est la première fois que l'homme abandonne la méthode traditionnelle des manipulations génétiques qui consiste à prélever des gènes pour les greffer par une sorte de copier-coller pour repartir de molécules simples et de les arranger selon un modèle prédéfini par la pensée de l'expérimentateur. Cela ouvre la porte à un champ immense de découvertes biologiques : la biologie synthétique.

b) l'expérience d'intégration de neurones dérivés de cellules souches humaines capables de s'intégrer dans le système nerveux.

La culture des cellules souches humaines produit maintenant des neurones qui sont capables de s'intégrer par des synapses dans les réseaux nerveux de cortex de sou-

¹⁸ Collection ESPERE, 2^e édition actualisée. Le Temps des Cerises. Août 2009.

¹⁹ Jean Weissenbach qui fait partie de l'unité Génomique métabolique (CNRS/Université d'Évry/CEA), la structure de recherche fondamentale du Genoscope. Cet expert mondial du génome est lauréat du Grand Prix de la Fondation pour la recherche médicale (2007) et de la médaille d'or du CNRS (2008).

ris (travaux de Weick, Liu et Zhang publié en 2011 dans Proc Natl Acad Sci USA). Ces cellules peuvent moduler l'excitabilité neuronale ce qui suggère une participation effective des neurones greffés au processus de traitement neuronal excitatoires et inhibiteurs de l'information dans le cerveau. La greffe de ces neurones humains est capable d'influencer le comportement des réseaux corticaux murins. Le temps est loin où l'on pensait que les neurones n'avaient d'autre destin que celui de se dégrader et de mourir. Cela ouvre des perspectives formidables de thérapeutique dans le domaine de la dégénérescence cérébrale même si le chemin est encore long à parcourir.

c) transplantation réussie de neurones permettant la reconstitution d'un tissu cérébral chez la souris.

Une équipe de Harvard (Czupryn, Science, 25 novembre 2011) vient de prouver que des neurones transplantés peuvent réparer un circuit dans le cerveau d'un mammifère. Des neurones hypothalamiques embryonnaires de souris saines transplantés chez des souris obèses du fait d'une déficience en récepteur à la leptine, ont pu améliorer la fonction hormonale et réduire l'obésité des souris greffées. De bons espoirs existent pour traiter par ces méthodes des lésions de la moelle épinière ainsi que d'autres affections cérébrales (Sclérose latérale amyotrophique, maladies neuropsychiatriques etc.).

Ces expériences parmi beaucoup d'autres montrent que la révolution des biotechnologies est en train d'ouvrir de nouvelles perspectives alors que dans le même temps l'industrie pharmaceutique marque le pas.

Que se passe-t-il sur le plan économique?

Au XX^e siècle l'industrie pharmaceutique a d'abord été une branche de l'industrie chimique. Elle s'est constituée autour de l'idée suivante : « un symptôme, une maladie, une molécule thérapeutique, un marché rentable ». Chaque maladie devait avoir sa molécule. L'industrie pharmaceutique a fait fortune dans le cadre des lois du marché et de la rentabilité à court terme. Elle est devenue la deuxième capitalisation boursière mondiale. Ont été abandonnées les maladies rares et les recherches fondamentales trop compliquées ou appliquées incertaines. L'éthique a été mise de côté, on ne le sait que trop.

Dans la Revue de Santé Publique et de Protection Sociale, à l'automne 2005, nous écrivions : *L'industrie pharmaceutique « n'investit pas dans la recherche fondamentale parce que le retour sur investissement est aléatoire et de toute façon à long terme, bien loin des exigences immédiates de la bourse. Or ce tarissement des sources de la connaissance porte en lui-même le blocage futur des applications et de leur développement. Ainsi peut-on constater*

que derrière une production profuse se cachent les prémices d'un blocage dans lequel nous sommes déjà rentrés ». Six ans plus tard, la situation de crise que nous pressentions est confirmée. En 2008 la revue Prescrire n'a pas attribué, pour la première fois depuis sa création, son prix la « Pilule d'Or », considérant qu'il n'y avait pas de médicaments nouveaux méritants cette année-là, qui puissent constituer une réelle avancée thérapeutique au service des malades et qui méritent d'être récompensés. Et maintenant c'est 2011 qui est une « année de vaches maigres » selon Prescrire. Le Palmarès de Prescrire est un des baromètres de l'innovation dans le domaine du médicament. Pour 2011, il ne comporte aucune Pilule d'Or et aucune nouvelle molécule n'est citée au tableau d'honneur ou au Palmarès. 2011 est donc une année « décevante ». Pour Prescrire, « *les insuffisances des procédures d'autorisation de mise sur le marché et la faillite du système d'incitation au progrès thérapeutique sont flagrantes* ».

Ce fait est bien le témoignage du constat établi par cette revue professionnelle indépendante, de la situation de panne de la recherche appliquée consécutive à la panne de la recherche fondamentale. Le retard a été dénoncé depuis longtemps : en 2001 un rapport officiel (**Biotechnologies et hautes technologies: le retard français**, Pierre Kopp et Thierry Laurent, juillet 2001), dénonçait déjà la situation française. En mars 2009 la revue Décision Santé revient sur le sujet et consacre un numéro spécial sur le retard de croissance des « Biotechs françaises », se plaignant de ce que « *la révolution n'est pas française* ». Elle souligne un manque d'investissement public et privé particulièrement handicapant.

Par exemple la recherche sur les antibiotiques a été abandonnée en France alors que des résistances bactériennes apparaissent de plus en plus fréquemment. L'idéal aurait été de mettre au point de nouveaux antibiotiques et de les mettre en réserve pour ces nouvelles bactéries multirésistantes. Fabriquer en quelque sorte une molécule pour ne pas la vendre : le contraire des lois du marché ! Le capitalisme ne sait pas le faire.

Aujourd'hui les recherches se font largement ailleurs : les universités, les centres de recherche spécialisés, certaines « start-up » essaient d'attirer des financements pour cette recherche. Nous devons tenir compte de cette situation dans nos propositions économiques. Le Pcf avait retenu l'idée en 2005 de promouvoir une nouvelle dynamique industrielle autour du médicament en proposant un **pôle public du médicament**. Cette proposition a été affinée récemment en distinguant la proposition d'un pôle public du médicament et la nécessité de créer un nouvel établissement public en charge de la recherche, la production et la commercialisation de nouveaux pro-

duits. Ne faudrait-il pas penser à élargir le champ de ces deux organismes aux biotechnologies? **Un pôle public du médicament et des biotechnologies?** Un autre avenir se dessine sous nos yeux, il faut en être. Le débat politique que nous devons conduire doit inclure ces questions fondamentales.

Que se passe-t-il sur le plan éthique?

L'aspect économique ne résume pas la question des biotechnologies. L'aspect éthique est majeur. On le voit bien, les capacités nouvelles qui émergent ouvrent la possibilité d'une nouvelle maîtrise de la vie et tout particulièrement de la nature humaine elle-même. Des questions majeures vont se poser. Elles se poseront dans le cadre de la civilisation capitaliste. Elles se poseraient tout autant dans le cadre d'une civilisation nouvelle post-capitaliste (socialiste? communiste?). Le capitalisme cherchera inmanquablement à en tirer profit. Jusqu'où? Qui pourra arrêter les dérives qu'on peut imaginer si on laisse faire? Mais le problème va au-delà. Jusqu'où l'être humain peut-il agir dans la maîtrise de sa propre identité sans compromettre l'avenir de l'humanité?

La révolution des biotechnologies est bien une révolution car elle transforme tout: la connaissance des mécanismes intimes de la vie d'abord, la société ensuite, la culture, l'économie industrielle, l'éthique et même la conception de ce qu'est l'Homme lui-même. Elle touche au plus profond de l'identité de l'humanité: elle pose la question de la conception de la personne humaine, du rapport à la maladie et à la mort, du développement, de la vie en société. Nous sommes loin d'avoir fait le tour de la question aujourd'hui: c'est une des révolutions les plus fondamentales que l'être humain ait jamais connue.

Ceci nous conduit à proposer un travail sur un aggrégation de notre pensée politique. C'est tout l'intérêt du regard que nous portons sur la problématique des biotechnologies. Il faut approfondir les bases de notre philosophie politique pour que l'humain y prenne mieux sa place. Ne ratons pas le XXI^e siècle.

Budget 2012 : la récession à l'horizon, y compris pour la protection sociale

Par Jean-Marc Durand

NDLR : La protection sociale sera impactée par le budget de l'Etat en 2012. C'est la raison pour laquelle nous avons demandé à M. Jean-Marc Durant, économiste, de nous éclairer sur le sujet.

Moins que jamais la période que nous vivons nous autorise à traiter du budget 2012 et des dispositions fiscales de sa loi de finances en ne remplaçant pas cet acte politique majeur dans son contexte économique social et politique. Car le budget ce sont des recettes et des dépenses mais c'est surtout par les dispositions législatives qui l'accompagnent, l'affirmation d'un certain nombre de choix politiques qui permettent d'influer très directement sur le niveau de ces recettes et de ces dépenses ainsi que sur leur provenance et leur utilisation.

De même, dans un environnement où la mondialisation des échanges est devenue une réalité prégnante, il est moins que jamais possible d'ignorer les implications de ce débat national avec les enjeux européens et mondiaux. A plus forte raison, dans l'actuelle situation de crise qui porte l'exigence absolue de dépasser la seule vision gestionnaire pour traiter vraiment de politique budgétaire.

I – L'environnement politique

Depuis l'automne 2008 nous sommes entrés dans la plus grave crise qu'ait connue le système capitaliste depuis la seconde guerre mondiale et finalement dans la plus grave crise qu'ait connue le système capitaliste moderne, c'est-à-dire depuis la fin du XIX^e siècle. La phase d'accélération qui se déroule sous nos yeux au sein de la zone euro mais qui touche tout autant les États-Unis et qui commence à secouer assez vigoureusement l'économie des pays émergents, confirme la profondeur de la crise et le niveau des défis à relever. Un certain nombre d'analyses faites au cours de ces derniers mois que l'on peut retrouver dans deux excellentes notes de Yves Dimicoli, la première sur l'enjeu du développement industriel, la seconde sur la conjoncture- donnent un large éclairage des enjeux de la période. Néanmoins, il convient de pointer quelques éléments d'actualité qui éclairent l'évolution en cours de la crise systémique.

I-1) Le sommet européen du 27 octobre a consacré la domination des marchés

Comme cela était prévisible après la crise des secteurs bancaires et industriels, engendrée par l'éclatement de la bulle de l'endettement privé caractérisée par l'épisode des

subprimes, le renflouement qu'ont consenti les États a conduit à l'actuelle crise de la dette publique. Son niveau est pour une part la conséquence de la perte de recettes engendrée par l'effondrement de 2008/2009 et par la poursuite d'une politique de cadeaux fiscaux et sociaux aux entreprises et aux plus fortunés. Une telle situation a contribué à renforcer largement la domination des marchés financiers.

La fragilité budgétaire des États provoquant l'accélération de la spéculation sur les titres de dette publique, l'Europe et particulièrement le duo franco-allemand au sein duquel la France et son représentant Nicolas Sarkozy, ont organisé en toute hâte un sommet européen. Malheureusement, aucune décision susceptible d'amorcer un début de sortie de crise, n'a été prise. Au contraire les modalités d'effacement dans les banques de 100 Mds d'euros de la dette grecque d'un montant total de 350 Mds d'euros, contribuent à faire courir des risques importants à plusieurs autres pays notamment à l'Italie. La décision prise de recapitaliser les banques à hauteur de 106 Mds d'euros par augmentation de leurs fonds propres en utilisant leurs profits, ce qui revient à limiter le versement de dividendes, ne change pas les critères de leur politique du crédit qui demeurent orientés vers le financement des opérations financières. Enfin il a été décidé de porter à 1000 Mds d'euros la capacité du Fonds Européen de Stabilité Financière (FESF) au lieu de 440 Mds d'euros, sauf que ce surplus de disponibilités proviendra des marchés financiers avec une garantie des États, tout particulièrement de l'Allemagne et de la France. La proposition du parti communiste et de son secteur économique était que la BCE accroisse sa prise de dettes au lieu d'y substituer le Fonds de stabilité. Il faut cependant remarquer que Nicolas Sarkozy avait dû formuler l'idée d'un appel du FESF à la BCE qui aurait lui-même pris des titres de dettes publiques, ce qui par un biais, revenait à financer directement la dette des États en dehors du recours aux marchés. Pour une part cette proposition reprenait la trame de ce que nous proposons en dehors du fait qu'il y avait l'écran FESF en plus et l'idée du financement d'activités pour le progrès social en moins. De toute façon cette proposition est morte née

devant l'opposition déterminée d'Angela Merkel. Dans cette situation F. Hollande lui-même s'est prononcé pour une intervention directe de la BCE mais lui aussi en restant au seul soutien des dettes. Cela montre néanmoins l'évolution du positionnement vis-à-vis de la BCE et de sa politique monétaire, une évolution qu'il s'agit de poursuivre afin que cette institution devienne vraiment un outil au service du développement humain et non des marchés financiers.

En conclusion ce sommet a confirmé le règne sans partage de la loi des marchés sur la zone euro malgré l'embarras apparent des responsables politiques. Un embarras qui, au lieu de générer une volonté de sortie par le haut de cette situation, risque de se transformer en une main de fer sur les peuples. Les événements survenus en Grèce et en Italie visant à imposer à la tête de ces États des technocrates parfaits thuriféraires de la politique des marchés, traduisent un dangereux déni de démocratie. Après la négation des votes contre le traité constitutionnel, en 2005, notamment en France et aux Pays-Bas, un nouveau pallier vient d'être franchi dans la négation de la souveraineté populaire, rompant ainsi avec ce qui a fondé la démocratie en Europe depuis la Grèce Antique.

Le soutien zélé d'A. Merkel et de son collaborateur Nicolas Sarkozy aux marchés, en renforçant le clivage entre d'une part, le couple franco-allemand et leur zone d'influence et de l'autre les pays de la périphérie (Italie, Espagne, Portugal, Grèce..) marque une volonté de renforcement du fédéralisme européen, c'est-à-dire de l'autoritarisme sur les peuples pour leur faire accepter les cures d'austérité. Pas la moindre velléité d'insoumission n'est acceptable. C'est sur l'autel du veau d'or qu'a été sacrifié le projet de référendum grec. Pour autant les appétits spéculatifs des financiers ne sont pas rassasiés. La Grèce comme l'Italie continuent de subir de violentes attaques. C'est ainsi que le 10 novembre, alors que Berlusconi quittait le pouvoir, le taux d'intérêt des prêts sur les emprunts italiens à 10 ans atteignait un niveau record de 7 %. Un défaut de paiement de l'Italie, troisième puissance économique de l'Union Européenne, représenterait pour toute l'Europe une véritable catastrophe financière et économique. On mesure combien les capitulations à répétition devant les marchés financiers ne permettent en rien de régler les graves problèmes auxquels les peuples sont confrontés. Sarkozy doit en faire la cruelle expérience au moment où la France se trouve, elle aussi, rattrapée par le symptôme de la montée des taux d'intérêts de sa dette, amplifiant leur écart avec ceux de l'Allemagne de 1,47 point.

Ceci n'annonce rien de bon. Déjà sous la pression des agences de notation et du fameux AAA, la France

a dû revoir ses prévisions de croissance 2012 à la baisse. De 1,75 % on est passé à 1 %, il se pourrait même que celles-ci doivent encore baisser, l'hypothèse de croissance pour 2012 étant de 0,5 % pour l'ensemble de l'Union. Ces prévisions interviennent alors qu'on s'apprête à clore l'exercice 2011 avec en France, deux trimestres à croissance 0. Déjà, des entreprises donnent de sérieux signes de ralentissement de leur activité et les plans de licenciements redémarrent (Peugeot, Société Générale, BNP...). Au même titre, les collectivités territoriales éprouvent de plus en plus de difficultés à maintenir en l'état leurs services publics et à réaliser les investissements dont elles ont besoin.

Ce sommet européen peut déboucher sur un répit provisoire. Mais la gravité des problèmes non résolus risque d'entraîner l'euro, la zone euro et l'Europe dans des aventures très compliquées. Les risques de récession y sont bien réels ce qui a d'ailleurs conduit la BCE à baisser son taux directeur. Le climat bancaire demeure très instable. Le comportement erratique et irresponsable des banques allemandes dans leur gestion des titres de dette publique grecque en est une manifestation. Plus que jamais se trouve posée au sein de l'Union européenne une question de stratégie bancaire et financière à court et à long terme. Et ne parler que de gouvernance ne règle pas la question des critères de gestion, une question qui va devenir incontournable alors qu'existent des scénarios d'éclatement de la zone euro avec son repliement sur un noyau de 6 à 7 pays. Les peuples sont pour l'instant au mieux dans l'expectative, au pire tétanisés. Mais la montée d'un raz le bol et d'une colère sourde est palpable. Si les pouvoirs en Europe jouent de la gravité de la situation pour anesthésier la mobilisation populaire, il serait tout aussi inapproprié de minimiser l'ampleur des problèmes posés par une dette exponentielle et malsaine qui ne sert qu'à nourrir la cupidité des marchés financiers et à asservir les peuples.

I-2) Le G20 de Cannes : silence on coule

Ce G 20 a accouché de diverses mesures qui ne sont que la reprise sur un plan mondial du dispositif préconisé en Europe. Il a notamment été convenu de recourir aux Droits de Tirage Spéciaux (DTS) du FMI pour appuyer le FESF, sachant que cette intervention du FESF ne servira en fait qu'à pousser les feux du fédéralisme européen. Quant au rôle et à la place du Dollar dans le système monétaire Mondial, Le Président Sarkozy s'est bien gardé à Cannes, de rappeler les positions qu'ils avaient développées lors de sa prise de présidence du G20. Il a préféré se ranger à la déclaration commune finale pointant le Yuan, monnaie chinoise considérée comme sous évaluée. Sous la pression des États-Unis, ce G20 aura une nouvelle fois repoussé le projet de taxation des transactions financières

et coupé toute velléité de coopération de l'Europe avec les pays émergents sur la question des dettes européennes. Les États-Unis ont certainement oublié au passage la situation de crise profonde dans laquelle ils se trouvent avec des menaces de déclassement de la note de leur dette si le congrès refuse le relèvement de son plafond autorisé. En 2011, la dette américaine augmente en rythme annuel de 1 600 milliards de Dollars.

I-3) En France: le nouveau plan d'austérité du gouvernement

Ce sont les ménages qui supporteront l'essentiel des réductions de dépenses et d'alourdissement de la fiscalité. Sur 7 milliards escomptés dont 1,8 Md d'euros d'économies de dépenses et 5,2 Mds d'euros de nouvelles recettes, 70 % (4,9 Mds d'euros) pèseront sur les ménages modestes et moyens. Il s'agit de la désindexation du barème de l'impôt sur le revenu, des économies supplémentaires sur les dépenses de l'Etat et de l'Assurance-maladie, de l'accélération de la réforme des retraites, de la suppression de certaines niches (Scellier, prêt à taux zéro) voire des dons aux œuvres, de la limitation du relèvement des prestations familiales, de la création d'un taux intermédiaire de TVA avec une recette escomptée de 1,8 Md d'euros. De telles mesures en s'inscrivant dans la durée, engagent ainsi les choix au-delà des élections de 2012. Elles obligent les forces de gauche, notamment le Parti socialiste et son candidat F. Hollande à se positionner ce qui tarde à venir. La convergence sur les choix européens entre le PS et Nicolas Sarkozy en constitue le principal élément d'explication. Un espace politique nouveau s'ouvre que le Front de gauche doit investir en s'appuyant sur des propositions de dépassement de la logique actuelle et en favorisant un débat avec de nombreuses personnes de gauche conscientes des exigences nouvelles à porter sur les questions comme celles des banques, de la BCE, de la construction européenne, de l'euro, des services publics... Ce n'est pas en restant scotché à l'objectif de partage des richesses ou en caricaturant la posture de F. Hollande qu'on favorisera le développement d'un tel processus.

Pourtant, de plans rigueur en cures d'austérité, le nombre grandissant de gens qui subissent une aggravation de leurs conditions de vie quotidienne et le manque de volonté politique du PS à mettre la barre à gauche, sont autant d'appels à marquer d'une empreinte communiste au sein du Front de gauche, le débat politique. Le projet de budget 2012 qui participe pleinement de la logique d'ensemble développée dans les lignes ci-dessus, nous donne l'occasion de montrer notre originalité, notamment sur le volet recettes et sur la pratique budgétaire elle-même.

II- Le Budget 2012, un moteur de la récession

Le projet de budget 2012 et le débat budgétaire engagé nous plongent au cœur des choix qui vont déterminer la politique de la France au cours des douze prochains mois. Pour M^{me} la Ministre du budget, la priorité du budget de 2012 est la réduction de l'endettement public. Et elle passe d'abord par la réduction du déficit public. Le projet de loi de finances pour 2012 confirme ainsi l'intangibilité des plans gouvernementaux pluriannuels de retour à l'équilibre des finances publiques. Tablant sur un déficit de 5,7 % en 2011 alors que 2010 se sera soldé par un déficit de 7,1 % l'objectif est de parvenir à 4,5 % en 2012, 3 % en 2013, 2 % en 2014 pour enfin atteindre le graal avec 1 % en 2015. Pour Nicolas Sarkozy et sa majorité de droite, la France devra entamer son désendettement dès 2013 : le ratio dette sur PIB diminuerait alors de 87,4 % en 2012 à 87,3 % en 2013. Il faut remarquer qu'avec 1691 Mds, la dette de la France atteint un niveau qui mérite un réel traitement et qui ne peut se résoudre comme on l'entend encore trop, par un simple transfert de fiscalité. La question est à la fois plus complexe et plus sérieuse d'autant que la charge de la dette avec 49,7 Mds est devenue le premier poste de dépenses budgétaires.

II-1) Des objectifs de dépense en profonde régression

Dans les faits, le projet de loi de finances 2012 vise à défendre le AAA de la France. On a vu qu'à peine publié, ce projet a déjà été revu à la baisse en termes d'objectif de croissance et de dépenses publiques imposant de s'engager dans un nouveau plan d'austérité. Des prélèvements et des économies qui n'avaient pas été évoqués il y a à peine trois mois de cela, sont maintenant imposés. Les dispositions envisagées lors de la phase préparatoire du budget 2012 ou dans le cadre du dispositif décidé le 24 août dernier où 11 milliards de mesures dites de redressement ont été arrêtées, ne suffisent déjà plus. Rappelons que ces mesures intervenaient après un premier train d'économies de 11 Mds mis en œuvre à l'occasion du budget 2011.

II-1-1) Pour les institutions publiques nationales...

L'examen du projet 2012 nous permet d'apprécier maintenant de façon certaine que 40 % du déficit public de 2010 était effectivement la conséquence directe de la crise de 2008/2009 qui avait engendré une baisse importante des rentrées fiscales. Cette situation ayant au global participé à accroître le montant de notre dette publique de 18,5 point de PIB. Avec le projet de budget 2012, tombe définitivement le mythe de la baisse des prélèvements obligatoires. Ainsi entre 2010 et 2012, le taux de prélèvements obligatoires sera passé de 42,5 % à 44,5 %. Ce n'est pas pour autant que le projet de budget 2012 ne se situe pas dans une perspective d'austérité redoublée.

La baisse de l'endettement public représente l'alpha et l'oméga de la politique budgétaire gouvernementale, un œil rivé sur les agences de notation et l'autre sur les pactes européens qu'ils soient de stabilité ou euro plus. Pour y parvenir les orientations sont pour le moins claires. Elles reprennent en les aggravant les dispositions précédentes qui consacrent une baisse en volume des dotations budgétaires et dont d'ailleurs se félicite le Premier Ministre. En 2012 la part des dépenses publiques dans le PIB devra baisser de 0,5 % après avoir régressé de 0,3 % en 2011. Ainsi la RGPP se poursuit avec à la clé la disparition de 30 400 fonctionnaires. Depuis l'application de ce principe, l'Etat aura supprimé 150 000 emplois de fonctionnaires et économisé quelque 900 millions d'€. De même une réduction de croissance en volume de l'ensemble des dépenses de fonctionnement passant de 2,8 % à 0,6 % a occasionné une économie de 3,2 Mds d'euros. En fait les actions conjuguées de baisse des effectifs de la fonction publique, de réduction de 10 % en 3 ans des dépenses de fonctionnement et d'intervention de l'Etat, la réforme de la politique immobilière, auront permis d'économiser 15 milliards d'euros entre 2008 et 2013. S'agissant de la politique sociale et notamment de la protection sociale, la baisse de 2,8 % de l'ONDAM (Objectif national des dépenses d'assurance-maladie) représentera une économie de 2 Mds d'euros alors que la réforme des retraites se traduira par une réduction des dépenses de 5,5 Mds en 2012, tous régimes confondus. Ce sont ces choix de gestion qui fondent l'orientation politique de nos finances publiques.

II-1- 2)...Comme pour les collectivités territoriales

Entrés dans les mœurs au plan national, ils sont dorénavant déclinés au niveau du financement des collectivités territoriales. Après une année 2011 de gel des dotations de l'Etat aux collectivités territoriales, cette disposition est reconduite pour 2012 avec une nouvelle exigence faite à ces mêmes collectivités de trouver 200 millions d'Euros d'économie supplémentaire. A cela s'ajoutent les conséquences de la suppression de la taxe professionnelle qui représentent un manque de recettes fiscales de 8 milliards d'euros pour les collectivités territoriales avec une répercussion prévisible sur leurs investissements publics qui en constituent 70 % du total, et la probabilité d'un transfert de plus en plus massif du poids de la fiscalité locale sur les ménages.

Les plus touchées sont les intercommunalités dont 96 % des recettes provenaient de la taxe professionnelle alors que la version Contribution Economique Territoriale (cotisation foncière et cotisation valeur ajoutée) n'en constitue plus que 47 %. Précisons encore que nombreuses collectivités territoriales sont frappées de plein fouet par les emprunts toxiques, dits structurés, que la banque Dexia leur avait proposés. Une banque qui a

maintenant fait faillite mais dont les critères de sa politique du crédit, ont eu pour effet principal de plonger les collectivités territoriales dans les affres de la spéculation. A ce rythme, la faillite de collectivités territoriales françaises n'est plus une vue de l'esprit. Elles pourraient ainsi connaître un sort identique à celui de nombreuses collectivités territoriales nord américaine ou à celle du Wuppertal en Allemagne qui enregistre une dette de 2 Mds d'euros et qui a dû fermer son théâtre pourtant renommé, son centre nautique, ne maintenant une piscine publique en activité dans un quartier difficile que grâce au bénévolat.

II-2) Des recettes en berne malgré de nouvelles contraintes sur les ménages

Si l'examen de la partie dépenses ne laisse guère de place à l'optimisme quant aux marges de manœuvre budgétaire dont disposeront l'ensemble des acteurs publics et sociaux en 2012, le volet recettes est tout aussi consternant.

II-2-1) Des recettes fiscales pesant sur les ménages moyens et modestes

Essentiellement composées de recettes fiscales, les propositions de recettes budgétaires nouvelles contenues dans le projet de loi de finances 2012 peuvent se résumer ainsi :

- Une augmentation de l'impôt sur les sociétés, principalement dirigée vers les grands groupes et portant sur une révision du principe du report des déficits. Au total 2 milliards d'euros sont attendus.
- La fiscalité du patrimoine sera modifiée avec une élévation de 12,3 % à 13,5 % du taux des prélèvements sociaux (CSG, CRDS) sur les revenus du patrimoine. Le régime des plus-values immobilières sera également revu à la hausse pour les ventes touchant des biens ne relevant pas de la résidence principale. Son application abrupte pénalisera particulièrement les petits propriétaires, par exemple les propriétaires de résidences secondaires qui avec la crise pourraient être amenés à vouloir réaliser leur bien.
- Un nouveau relèvement des taxes sur les alcools et le tabac.
- Une contribution exceptionnelle sur les hauts revenus sera appliquée. Plus alibi qu'autre chose cette contribution rapportera au mieux 300 millions d'euros.
- Quelques niches fiscales seraient concernées comme les investissements dans les DOM et quelques niches immobilières. On a vu depuis que les cibles étaient le Scellier et le prêt à taux zéro.
- Un rappel : la taxation des mutuelles décidée en août et qui représente un prélèvement de 1,1 Md d'euros.

Par contre au cas où cela aurait échappé au citoyen non averti, le projet de budget prend soin de préciser qu'il n'est en aucun cas question de revenir sur les réformes profondes mises en œuvre depuis 2007 au titre desquelles :

- la suppression de la taxe professionnelle (8 Mds d'euros annuels),
- les exonérations de cotisations sociales des entreprises (30 Mds d'euros annuels),
- la niche Copé (de 6 à 8 Mds annuels)
- la suppression de l'IFA (1,3 Md d'euros annuel)
- La réforme de l'ISF (1,8 Md d'€ annuel)

II-2-2) Un pas supplémentaire vers le fédéralisme fiscal

Fait partie d'un des objectifs prioritaire du gouvernement annoncé dans ce projet de loi de finances, la convergence fiscale avec l'Allemagne notamment en matière d'impôt sur les sociétés et de crédit impôt recherche. Ce crédit impôt recherche qui aura représenté une manne de 9 Mds d'euros chaque année depuis 2009, pour les entreprises et qu'elles auront utilisé à beaucoup de choses sauf au développement de la recherche. L'objectif d'un couple fiscal franco-allemand qui pourrait vite devenir un couple infernal, participe de la volonté de sceller entre les deux pays le pacte de compétitivité et d'inscrire dans le marbre la fameuse règle d'or, autant d'orientations qui participent à enfoncer le clou d'un fédéralisme aux accents dévastateurs pour la souveraineté des peuples. C'est une des raisons pour lesquelles le projet de budget 2012 poursuit en l'aggravant la logique de ses prédécesseurs qui consiste à substituer toujours plus aux prélèvements sociaux sur la richesse créée les prélèvements financiers et spéculatifs. Ce budget s'inscrit dans un sens qui, à l'opposé des intentions affichées, contribue à miner l'ensemble des budgets publics et sociaux donc à réduire les capacités de réponse aux besoins de développement des potentiels humains. Et c'est précisément cette logique qui contribue à freiner toujours plus la croissance donc à creuser le déficit et à faire grossir une dette malsaine. Depuis des années et à plus forte raison depuis l'épisode de crise systémique de 2008/2009 ces choix conduisent au bord du précipice, l'exemple de la crise grecque est suffisamment parlant. De cures d'austérité en projets régressifs, tous les ingrédients semblent en passe d'être réunis pour que ce cercle vicieux nous plonge dans une phase durable de récession. Au cas d'espèce, la mollesse de la croissance que ce soit en zone euro au rythme annuel de 1,6 %, aux États-Unis où celui-ci est à 1,5 %, ainsi que les prévisions 2012 constitue malheureusement un inquiétant présage.

Si une telle politique produit un effet certain, c'est bien sa capacité à rendre les marchés financiers à tous les coups gagnants. La réduction des prélèvements publics et

sociaux sur la richesse créée en faveur des prélèvements financiers contribue à engraisser les marchés qui au second passage se gavent avec les taux d'intérêts qu'ils pratiquent envers les États à qui ils prêtent pour venir combler les déficits publics ainsi générés. Dans cette folie financière, il n'y a naturellement plus de place pour la satisfaction des besoins sociaux et c'est de cela que se nourrit le spectre de la récession. Il est frappant de voir à quel point avec la préparation de la loi de Finances 2012, la politique budgétaire est désormais tributaire des marchés mais aussi de l'Europe. Outre tous les risques économiques soulignés, cela pose un problème majeur en termes sociaux et démocratiques recelant de vrais dangers pour l'avenir de l'Europe, des peuples européens et du Monde.

II-2-3) Ouvrir une alternative

A l'obsession de désendettement, il faut répondre par d'autres objectifs. Il est urgent de retrouver le chemin d'une croissance saine. Cela exige de rompre avec les marchés financiers et de faire le choix d'une nouvelle croissance ayant pour objectif le développement de tous les potentiels humains et en premier lieu : l'emploi, les salaires, la formation, la protection sociale et les services publics. Cela suppose notamment d'engager une vraie réforme de la fiscalité avec le double objectif de mettre en œuvre une autre répartition de la richesse et de faire de cette nouvelle répartition de la richesse un levier de la transformation même du mode de production de la richesse. De ce point de vue il n'est pas vain de dresser un bilan de l'état actuel de la fiscalité. Sans entrer dans les détails, le constat qui peut être dressé de l'évolution de la fiscalité au cours des dernières décennies est une tendance très inégalitaire qui n'est pas sans répercussion sur le consentement à l'impôt, état d'esprit qu'instrumentalisent d'ailleurs tous ceux qui mènent campagne sur le thème de la nécessaire baisse des prélèvements sociaux et fiscaux. La caractérisation de cette tendance se trouve pour une part dans la remise en cause de la progressivité de l'Impôt sur le Revenu, instaurée en 1914, treize ans après que ce système se soit appliqué aux droits de succession. De l'autre elle se traduit par une réduction très significative de l'ensemble de la fiscalité touchant les entreprises (IS, TP, Plus-Values) et l'imposition du capital des personnes comme des entreprises. C'est une des raisons qui a concouru à faire reculer la part des recettes fiscales de l'État dans le PIB de 22,5 % en 1982 à 15,9 % en 2009.

Il y a donc un vrai problème de répartition de la richesse auquel l'évolution fiscale actuelle non seulement ne répond plus mais concourt à déséquilibrer. La situation des finances publiques, les problèmes budgétaires de l'ensemble des services publics et sociaux nécessitent une forte correction de cette situation. Il y a un besoin impé-

rieux d'augmenter les recettes publiques et notamment celles d'origines fiscales. La part des prélèvements obligatoires (P O) après avoir été orientée à la baisse doit retrouver la voie de la progression. Mais en l'occurrence, il s'agit de s'accorder sur le type de prélèvement obligatoire concerné sur l'identité des redevables et surtout sur l'utilisation des recettes nouvelles. Car aujourd'hui le gouvernement augmente les P O mais est-ce pour autant qu'il y a une nouvelle orientation de la politique fiscale, est-ce pour autant qu'il y a une réelle volonté d'amorcer une autre répartition de la richesse? La double question c'est qui paye et pourquoi? C'est pourquoi toute réforme fiscale aux objectifs véritablement progressistes doit préciser le sens de son application. C'est nécessaire pour rompre vraiment avec une logique qui consiste à faire toujours plus de cadeaux aux entreprises et aux contribuables fortunés ce qui représente 172 milliards pour les entreprises et 40 milliards pour les plus fortunés au titre des mesures cumulées de 2002 et 2007.

III) Le besoin d'une alternative fiscale

A l'évidence une réforme fiscale s'impose. Quasiment personne à gauche ne le nie aujourd'hui. Par contre les positions diffèrent quant à ses objectifs et à son contenu. Il convient donc d'en définir les principes qui peuvent être fixés au nombre de trois.

III-1) Des principes généraux

- Augmenter la part des prélèvements progressifs dans les recettes fiscales. A ce jour, les recettes issues des prélèvements progressifs représentent une soixantaine de milliards d'euros sur un total de recettes fiscales de 258 milliards d'euros, soit environ 23 %.
- Faire reculer de façon tangible la part des prélèvements proportionnels. Les recettes provenant de la TVA et de la TIPP représentent 132 milliards d'Euros.
- Introduire dans les objectifs de la politique fiscale une forte dimension incitative à une autre utilisation du produit de la richesse produite à partir d'une modulation de l'impôt (en plus comme en moins), en fonction de la nature et de l'objet des investissements réalisés.

De ces trois orientations découlent une série de propositions concrètes qui, en condensé se présentent en six grandes catégories.

III-2) Des propositions pour construire une alternative fiscale

1. Réformer l'impôt sur le revenu. Une réforme de cet impôt exige la mise en place d'un impôt sur le revenu à caractère universel imposant au même niveau les reve-

nus du travail et les revenus du capital, ce qui signifierait par exemple la disparition du crédit d'impôt lié à l'imposition des dividendes. Il s'agit également de reconstruire une réelle progressivité passant par la mise en place d'un taux sommital de 65 %, d'un barème à 10 tranches, d'un seuil d'imposition minimal au SMIC afin de jouer sur le niveau des rémunérations, et d'un effet de progressivité plus appuyé au-delà des revenus supérieurs à 25 000 € par personne. Il conviendrait également de ressortir du barème la déduction de 20 %.

2. TVA et TIPP. En la matière, il s'agirait d'exclure du champ de la TVA les produits de première nécessité, de soumettre au taux de 5,5 % l'habillement, les équipements informatiques, la culture (livres, spectacles...). Concernant la TIPP, une mesure de plafonnement s'appliquerait en fonction d'un prix maximal au litre de carburant qui pourrait se situer entre 0,75 € et 0,95 € selon le type de carburant.

3. Impôt sur les sociétés. Une remarque tout d'abord; officiellement à 33,33 %, le taux réel de l'IS en est loin et cela pour toutes les entreprises et depuis bien longtemps. Du fait de divers dispositifs de réduction de la base imposable, le taux réel de l'IS est aujourd'hui de 8 % pour les entreprises du CAC 40, de 20 % pour les entreprises de taille moyenne et de 28 % pour les petites entreprises. Un nouvel Impôt sur les Sociétés doit donc être bâti. Il doit tenir compte de la réalité diverse du monde des entreprises ce qui suppose d'établir une progressivité de cet impôt en fonction du chiffre d'affaires. Une progressivité qui pourrait se répartir en 4 ou 5 taux entre un minimum de 30 % et un maximum de 50 %. Mais cela n'est pas suffisant si on souhaite rendre cette imposition incitative, c'est-à-dire que les entreprises fassent le choix de l'investissement réel et du développement de l'emploi et de la formation au lieu de se lancer dans des opérations financières. Il s'agirait donc de moduler l'impôt dû en fonction de la nature des investissements réalisés: en plus si de nature financière, en moins si de nature à favoriser l'investissement réel, l'emploi et la formation.

4. L'imposition du patrimoine. Il convient de revenir pour les annuler sur les réformes des droits de succession et de l'Impôt Sur la Fortune (ISF). Le barème de l'ISF doit être réactualisé pour améliorer sa progressivité, ce qui signifie de revoir ses limites, ses seuils, ses taux d'imposition et d'élargir sa base en y intégrant les biens professionnels. La prise en compte de ces biens professionnels serait modulée en fonction des efforts consentis en matière d'emplois et de formations correctement rémunérés. A propos des droits de succession, il convient de rétablir un réel impôt progressif en la matière, prenant en compte la réalité des prix du marché et protégeant les

héritiers en ligne directe et les conjoints dans certaines limites de patrimoine.

5. Fiscalité locale des entreprises. La reconstruction d'un véritable impôt territorial des entreprises est à la fois une nécessité et une urgence. Sorte de nouvelle taxe professionnelle, cet impôt revêtirait le caractère d'un impôt sur le capital des entreprises. Sa base serait assise sur la valeur de ses équipements immobiliers et mobiliers. Elle serait complétée de façon déterminante par une taxation des actifs financiers des sociétés, des banques et des assurances à un taux de 0,5 %. Sur une base qui peut être évaluée à 5 000 milliards d'euros cela rapporterait 25 milliards d'euros qui seraient versés à un fonds de péréquation à destination des communes et dont la répartition se ferait selon des critères d'effectifs de population et de quotient fiscal.

6. Fiscalité locale des personnes. Une réforme des bases d'imposition des immeubles soumis à la taxe foncière et à la taxe d'habitation est indispensable. A partir du maintien du caractère indiciaire de cette fiscalité, une révision foncière efficace devrait naturellement porter la redéfinition des critères servant au calcul de la base foncière c'est-à-dire du revenu cadastral qui permet ensuite d'arrêter la valeur locative. Naturellement une telle révision impliquerait une augmentation importante des bases. Il s'agirait dès lors pour les collectivités territoriales de redéfinir leurs taux. S'agissant de la taxe d'habitation, son montant serait plafonné à 20 % du revenu du ménage.

Si la dimension fiscale occupe une place importante dans les recettes du budget de l'Etat et des collectivités territoriales, une des dimensions du débat budgétaire concerne depuis quelques années le financement de la protection sociale.

➤ **Changer le financement de la protection sociale.**

En ce domaine un âpre débat sévit qui bien souvent sous couvert d'équité, vise finalement à conforter la logique de désengagement des entreprises du financement de la protection sociale. C'est en fait le but non avoué de propositions qui consistent d'une part à vouloir fusionner l'Impôt sur le revenu et la Contribution Sociale Généralisée, de l'autre à tordre le cou au quotient familial. Les attaques contre le quotient conjugal au prétexte de défense des droits de la femme, visent à faire augmenter la contribution des couches moyennes salariés.

➤ S'agissant du financement de la protection sociale, autant il est urgent d'en finir avec la baisse des cotisations sociales des employeurs, autant il faut réaf-

firmer la nécessité de supprimer la CSG. De façon immédiate, les revenus financiers des entreprises devraient être taxés au même niveau que les salaires. Une mesure de fond doit consister à réformer le calcul des cotisations patronales en faisant augmenter leur produit et en les modulant en fonction de la part des salaires dans la valeur ajoutée, selon les branches professionnelles.

L'objectif de cet ensemble de mesures est de permettre un assainissement des budgets publics et sociaux afin de rendre plus efficaces les services qu'ils rendent aux populations et dont celles-ci ont un besoin cruel. Si ce dispositif a toutes les chances de se traduire par une augmentation du taux de prélèvements obligatoires, une telle augmentation n'est pas une fin en soi. Il ne suffit en effet pas d'augmenter le taux des prélèvements obligatoires pour rendre les contributions sociales et fiscales plus efficaces socialement. Actuellement, on peut en effet constater que la hausse des prélèvements obligatoires ne sert qu'à rassurer les marchés, à les alimenter alors que les populations sont lourdement ponctionnées. Est ainsi posée en même temps que le besoin d'une réforme des prélèvements obligatoires, la nécessité d'un nouveau contrôle et d'une nouvelle évaluation publics et sociaux de la dépense publique. Cela suppose une nouvelle ère de la démocratie avec des salariés et des citoyens disposant de nouveaux pouvoirs d'intervention leur permettant de participer directement, en osmose avec l'action des élus, à la gestion de la dépense publique, de l'élaboration des budgets jusqu'à leur réalisation. Contribuant à remettre en cause les principes de la LOLF, cette évolution rendrait obsolète le projet de règle d'or.

Mais se pose aussi à ce stade la question du traitement de la dette. Si l'augmentation des prélèvements obligatoires ne vise qu'à éponger la dette en rendant les populations de plus en plus exsangues et en n'aidant en rien à une relance de l'activité réelle pour la satisfaction des besoins de développement humain, le traitement risque pour le coup de tuer le malade. Il faut arrêter de diaboliser la dette. Il y a une bonne et une mauvaise dette. Cela dépend de l'utilisation faite de l'argent emprunté. Soit il sert à développer les richesses réelles, (santé recherche, éducation, logement, salaires, formation, sécurité de l'emploi, environnement) ce qui contribue à générer de la croissance saine et durable entraînant un accroissement des recettes publiques et permettant de rembourser l'emprunt. Soit l'argent emprunté sert à spéculer sur les marchés (immobiliers et boursiers), à détruire l'emploi en délocalisant, à déqualifier et à tirer les salaires vers le bas, en résumé à freiner la croissance donc à tarir les recettes et au final à creuser le déficit et à accroître les dettes. C'est à la relance d'une nouvelle croissance que les nouvelles

recettes fiscales et sociales doivent servir, permettant en retour de faire baisser l'endettement.

Le double objectif d'une réforme de la fiscalité doit être de rétablir une réelle justice devant l'impôt et de devenir un outil de relance d'une croissance saine. Mais son plein effet, sa pleine efficacité ne peuvent être atteints qu'en replaçant une telle réforme dans le cadre d'une réforme économique et politique d'ensemble. Au cas particulier il s'agit de relier la dimension fiscale à une autre dimension tout aussi déterminante celle de la politique du crédit et du rôle des banques au premier rang desquelles figure la BCE.

On mesure en effet, face à l'immensité des besoins sociaux non satisfaits, face au volume des dettes publiques accumulées, que la seule politique fiscale ne suffit pas. Il faut l'intervention couplée de la fiscalité avec un nouveau crédit, un crédit au service de l'Humain au lieu de financer les marchés financiers. Un crédit qui permettrait d'élargir l'assiette sur laquelle reposeraient les prélèvements fiscaux et sociaux et qui bénéficierait en retour de la garantie d'un emploi sécurisé par la loi fiscale. Et cette nouvelle politique du crédit suppose en priorité :

- **La création d'un Pôle public financier en France** incitant à un autre type de crédit et à un contrôle public des banques.
- **Un refinancement** des banques par la BCE, pour un nouveau crédit sélectif à l'opposé de la décision du 3 novembre, où le taux de refinancement de la BCE pour les banques a été abaissé de 1,5 à 1,25 % mais sans conditions, et éventuellement pour la spéculation.
- **Une création monétaire par la BCE** pour développer sa prise de titres de dettes publiques européennes des États en difficultés. Au contraire, le FESF s'appuie sur les marchés financiers et sur les garanties des États, avec la dépendance des marchés et leurs pressions.
- **Une prise de titres de dette publique par la BCE pour le progrès social.** Cela alimenterait un « Fonds européen de développement social et écologique », pour les services publics. Cette proposition du PCF a été reprise par le Parti de la Gauche Européenne (PGE).
- **Une construction nouvelle de l'Union européenne**, de démocratie participative, sociale, internationaliste, dans une Confédération, s'opposant au fédéralisme d'une gouvernance européenne dominée par le couple franco-allemand où l'emporterait d'ailleurs l'Allemagne.

Face à la crise, la France comme l'Europe ont un besoin urgent d'une autre politique de santé à gauche

Par le D^r Fabien COHEN,
membre de la Commission Santé du Parti de la Gauche Européenne (PGE)

Les avancées économiques et sociales issues des luttes des peuples ont engendré une plus grande espérance de vie, certes modulée par le niveau de développement des nations, mais qui ont partout généré des dépenses nouvelles. Par ailleurs le développement industriel des lendemains de la guerre, a mis à mal notre planète et avec elle la santé des gens, accentuant le champ des maladies chroniques très coûteuses, une souffrance de plus en plus grande au travail (comme en a témoigné, en France la situation de France Télécom) et une multiplicité de déterminants économiques et sociaux qui maintiennent dans une santé précaire une partie de plus en plus importante de la population. Enfin les avancées extraordinairement positives des sciences et des techniques médicales, entraînent des dépenses de plus en plus coûteuses.

Ces quelques remarques pour dire à quel point il est important que les progressistes d'Europe se penchent collectivement sur ces questions de santé pour proposer des alternatives tant dans le domaine de l'offre de santé, soins et prévention, souvent le parent pauvre des pouvoirs publics libéraux, mais aussi pour réfléchir aux moyens financiers aptes à répondre à ces nouveaux besoins légitimes. Car comme nous, communistes, le disons en France, il faut oser dire aux gens, que dans les années à venir, ce n'est pas moins de santé que l'on aura besoin, mais de plus d'offres, et donc « **oui la santé va coûter plus cher... mais la question, c'est à qui et pour le profit de qui???** ».

Le capital l'a bien compris, c'est pourquoi, il fait tout, depuis les années 70, pour y mettre un frein en orientant la demande vers un secteur marchand. Les mesures de remise en cause des acquis de la Libération en France, qui proposait de manière « révolutionnaire » de concevoir l'assurance-maladie comme le moyen « *de donner à chacun selon ses besoins et de recevoir de chacun selon ses moyens* », ont pris leur vraie dimension depuis l'arrivée au pouvoir des socio-démocrates en France. La création de la CMU, mesure en apparence très sociale, a en fait accompagné la libéralisation du marché des complémentaires conformément à une directive européenne. Sa création a ainsi, politiquement et psychologiquement, permis que le Marché tant convoité de la santé et de l'assurance-maladie se libère. Et l'on a vu petit à petit, venir

avec le concept de panier de soins, imposé avec la CMU, paquet limité de survie pour les plus démunis en France, le moyen de défaire ce que des siècles de luttes sociales avaient réussi à concevoir, les services publics de santé et la notion de Solidarité Sociale.

Dès 82, sous Mitterrand, ce fut les premiers déremboursements de médicaments et la création du forfait hospitalier, puis avec Delors, le report du remboursement des lunettes, l'interdiction pour les caisses d'assurance-maladie de prêter aux hôpitaux, ce qui ne fit qu'aggraver leur situation financière, l'augmentation du reste à charge pour la population, la limitation du nombre de maladie prise en charge à 100 %, ce que l'on appelle en France, « *les Affections de Longue Durée* ». Et en 90, le gouvernement socialiste Rocard, aujourd'hui un proche de Sarkozy, amorçait la fiscalisation de la santé, commençant ainsi une recentralisation de ce secteur considéré jusqu'à ce jour pour des raisons de démocratie sanitaire, comme de la responsabilité des partenaires sociaux et des élus de proximité.

Le Gouvernement de Messieurs Juppé/Chirac, a poursuivi ce travail en 95, en instaurant l'étatisation de la sécurité sociale dans un but de rationnement comptable des dépenses de santé et des prestations familiales, tout en diminuant les cotisations patronales. Ce qui fut repris et accentué en 97 par Martine Aubry, notamment en mettant en place la directive européenne sur la mutualité en 2001, faisant ainsi en sorte que les mutuelles soient considérées comme des assurances, retirant les moyens financiers aux œuvres sociales mutualistes. En 2004, la Droite, forte de l'échec de la gauche en 2002, réorganise la gouvernance de la Sécurité sociale, entre étatisation pour rationner les dépenses socialisées de santé et privatisation, ouvrant le marché de la protection sociale aux assurances commerciales. En 2007, c'est la première offensive contre l'Hôpital public, qui va trouver son aboutissement dans la Loi HPST, votée en 2009, malgré une formidable mobilisation des personnels médicaux et non médicaux. Une Loi qui consacre l'étatisation, déconcentrant dans chaque région pour mieux diviser, avec la création des Agences régionales de la santé, créant ainsi de véritables Préfets de la santé, et retirant aux syndicats, aux médecins comme aux élus locaux les derniers moyens

de contrôle qu'ils avaient, pour affirmer le processus de la privatisation et de l'autoritarisme.

Alors que dans les enquêtes d'opinion les citoyens européens placent la santé et la qualité des soins parmi leurs premières préoccupations et que le domaine de la santé publique relève de la compétence des États membres, on voit bien qu'en France comme dans les autres pays de l'Union européenne, au fil des années, L'Union Européenne (UE) a recherché l'harmonisation libérale de ce secteur trop important pour le monde de la finance pour le laisser à la solidarité sociale. Absente des traités à sa création, elle est depuis confirmée dans tous les traités de Maastricht à celui de Lisbonne. C'est pourquoi les réformes libérales qui sont déversées à flot sur les différents pays de l'Union européenne conduisent partout à la réduction de l'accès aux soins pour tous, et à la privatisation conduisant à un renoncement aux soins. Le code européen des assurances qui s'applique maintenant dans notre pays aboutit à des concentrations de mutuelles, à la fermeture de leurs services médico-sociaux, à la démutualisation et tend à leur absorption par les compagnies d'assurance privées.

C'est comme cela qu'aujourd'hui, en France, le taux de couverture de base est passé de 80 % à 75,5 %, taux qui place la France au 12^e rang des pays de l'OCDE. La part des dépenses remboursées par les assurances complémentaires santé était en 2008 de 13,7 %, le reste à charge des ménages étant donc de 9,4 %. Les pays d'Europe où le taux de couverture reste le plus important sont la Suède, 85,0 %, la Norvège, 83,7 %, l'Islande, 83,5 %, le Royaume-Uni, 83,4 % (mais l'offre de soins y est insuffisante), le Danemark, 83,0 %. En Allemagne, le taux de remboursement de l'assurance de base est tombé en 2005 à 78,2 %.

Nous ne faisons qu'appliquer en France les dogmes économiques qui dominent le type actuel de construction européenne, qui visent à déstructurer les systèmes de santé solidaires, pour construire de nouveaux systèmes fondés sur la montée de la privatisation, à travers des mécanismes de couverture individualistes et inégalitaires des dépenses de soins. Il s'agit d'organiser une réduction drastique des modes de couvertures socialisées et publiques, tout en laissant filer les dépenses non remboursées par l'assurance de base comme aux États-Unis. On réduit ainsi les dépenses solidaires en limitant les remboursements. Et on organise l'éclatement des systèmes de santé entre assistance pour les pauvres et montée de l'assurance privée pour ceux qui le peuvent en avançant des systèmes de santé à plusieurs vitesses.

Les conséquences, nous les connaissons :

Les inégalités sociales de santé face à la maladie, qui diminuaient lentement depuis la fin de la guerre, recommencent à se creuser depuis le début des années 80 (enquête de l'INSERM de 2001). L'écart d'espérance de vie entre les OS et les cadres supérieurs est d'environ 10 ans. L'effet conjugué d'inégalités socio-économique, comme, l'emploi, le logement, les conditions de vie au sens plus général, mais aussi l'intégration sociale (par exemple, la perte du réseau social lié à l'entreprise que l'on abandonne, la fragilité des réseaux d'entraide – y compris familiale –, ou encore la participation incertaine à toute forme de vie sociale institutionnalisée) aggravent ceux de la santé comme l'a bien montré une étude récente sur vulnérabilités sociales, santé & recours aux soins, par la Délégation Interministérielle à la Ville. A ces facteurs les auteurs relevés aussi que la « distance sociale » à l'égard des institutions de soins (y compris dans sa dimension subjective) induit de plus des phénomènes de dissuasion symbolique qui éloignent certaines personnes de certaines structures de soins. Ce renoncement aux soins qui s'aggrave en France, ne va pas s'arranger avec les restructurations des Hôpitaux actuelles que mène le Gouvernement, à des fins d'économies, mais en vérité pour laisser le champ libre du rentable et de la proximité au privé.

Dans le même temps, l'hôpital public est asphyxié alors que les multinationales de santé voient leur profit se multiplier. Cette politique s'accompagne d'une forte baisse de la démographie médicale qui plonge, suscitant d'un côté des déserts médicaux ruraux comme urbain, mais en parallèle un tourisme médical au détriment des populations locales notamment européenne, une sorte d'application de la Directive Bolkestein et de programmes de délocalisation des entreprises médicales pour les cliniques privées.

Ce ne sont pas seulement les Hôpitaux qui sont touchés, mais aussi les maternités de proximité, les centres d'IVG et les centres de Planning familial. En un mot, c'est le droit des femmes à la libre sexualité qui est à nouveau menacé, montrant à quel point l'idéologie réactionnaire accompagne ce mouvement de réduction des moyens publics.

La question de la place des services sociaux et de santé, est une bataille essentielle que nous menons depuis qu'en 2004, les SSIG ont fait leur apparition au sein du Livre Blanc sur les Services d'Intérêts généraux, et que se mena, en 2005, la lutte contre le fameux Traité Constitutionnel auxquels Français et Hollandais, sollicités directement, ont dit NON. Avec les progressistes européens, tous ensemble, nous avons fait sortir la fameuse directive Bolkestein, dite Directive « services », puis ce fut la communication spécifique de la Commission européenne adoptée, le 26 avril 2006, reconnaissant très clairement la spécificité des services sociaux au niveau européen.

Pour autant à aucun moment les États membres de l'Union européenne, de droite comme sociaux-démocrates, n'ont abandonné leur volonté de réformer en profondeur tous ces acquis issus des lendemains de la seconde guerre mondiale (bien entendu cela ne comprend pas l'Espagne). Si le Parlement européen s'est prononcé à une large majorité pour une exclusion des services sociaux et de santé du champ d'application de la directive Services (rapport Gebhardt) ainsi que pour une directive sectorielle sur les services sociaux et de santé d'intérêt général (rapport Rapkay), la question du contenu de cet encadrement communautaire spécifique est aujourd'hui clairement posée dans le cadre du rapport du Parlement européen sur les SSIG (rapport Hasse-Ferreira), mais aussi avec l'approbation inique du Traité de Lisbonne, et aujourd'hui avec le Pacte pour l'Euro+, plus clairement appelé aussi Pacte pour la Compétitivité. Ce débat n'est pas technique. Il est éminemment politique, car il touche à la nature même de notre modèle social et à son devenir. Les services sociaux et de santé d'intérêt général se trouvent aujourd'hui au cœur du débat politique européen. Ce débat renvoie à la question centrale du rôle que l'on veut faire jouer aux autorités publiques dans une économie de marché intégrée à l'échelle européenne.

Il y a quelques mois encore, le 6 juin 2011, le Rapport De Rossa sur l'avenir des SSIG, était adopté à Strasbourg en commission. Celui-ci demande au Parlement Européen de passer à l'acte sur les SSIG, pour l'adaptation des missions imparties aux SSIG et à leur mode d'organisation au droit des marchés publics et des aides d'Etat, en un mot aux lois de la concurrence. Comme on peut le voir, le principe du pays d'origine, sorti par la grande porte, revient par la fenêtre.

La prévention sanitaire est plus que jamais le maillon faible du système de santé. Ainsi la France est parmi les 27 pays européens, celle qui enregistre chez les hommes le taux de mortalité « évitable » le plus élevé (16^e rang), (après les nouveaux pays adhérents d'Europe centrale, les pays baltes et la Belgique) et devant l'Autriche et le Portugal. Son taux de décès « évitable » est quasiment deux fois plus élevé que celui du Royaume Uni. Quant aux femmes, leur mortalité « évitable » est aussi au-dessus de la moyenne européenne (12^e rang). On estime qu'environ un tiers des décès survenant avant l'âge de 65 ans pourraient être évités par une réduction des comportements à risque. Une faible partie des maladies professionnelles est reconnue. La sous-déclaration de tous les accidents du travail est officiellement reconnue. La réparation des accidents du travail est devenue inférieure à celles des accidents domestiques.

Au-delà du bon résultat global de l'espérance de vie, des indicateurs partiels restent mauvais et même s'aggravent comme la surmortalité des ouvriers avant 60 ans, le suicide des jeunes l'alcoolisme, les maladies psychiatriques, la réapparition de la tuberculose, l'obésité, le retard tragique à prendre en compte l'épidémie de Sida. Les moyens consacrés à la psychiatrie publique ont régressé depuis 20 ans alors que les besoins ont cru de manière sensible pendant la même période, et vont continuer à augmenter dans les années qui viennent (augmentation de 50 % de la contribution des maladies mentales à la charge de la morbidité due à l'ensemble des maladies d'ici à 2020 en France). Cet écart besoins/moyens se traduit aujourd'hui par des difficultés d'accès aux soins et par l'insuffisance, en quantité, des capacités d'accueil tant hospitalier qu'en soins ambulatoires. Les listes d'attente s'allongent en matière d'accès aux soins, en psychiatrie générale (adultes) comme en psychiatrie infanto-juvénile.

La gestion de la Grippe H1N1, le scandale du Médiateur comme celui des PIP, a mis en évidence au grand public, la question des profits de l'industrie pharmaceutique, l'absence de contrôle public et social sur leur gestion (choix des recherches, des médicaments à mettre sur le marché, politique des volumes et des prix...) et la complicité des gouvernements. La question du médicament est d'une grande importance en Europe, car l'industrie pharmaceutique se comprend à une échelle mondialisée. C'est pourquoi avec le Parti de la Gauche Européenne, nous proposons la création d'un pôle public tant national qu'europpéen du médicament, reliant, recherche, industrie et contrôle avec une plus grande démocratie sanitaire associant, élus, syndicalistes et usagers. Elle repose sur une nouvelle approche du financement des médicaments.

C'est pourquoi nous devons mettre en débat au plan européen la question d'une réforme de progrès pour sortir de la crise du système de santé européen : lutter contre les inégalités sociales de santé qui tendent à s'aggraver, mieux centrer le système sur la prévention, notamment la prévention au travail contre les accidents et les maladies professionnelles du système de santé. Pendant la campagne contre le Traité Constitutionnel Européen, nous avons essayé de mettre en évidence la volonté des forces libérales européennes de livrer la protection sociale aux assurances privées, et combien celle-ci était en phase avec les Réformes voulues par les gouvernements français comme hollandais.

Dès 1992, deux directives européennes, dites directives assurances (92/49/CEE et 92/96/CEE), réclamaient la mise en œuvre du principe de concurrence « libre et non faussée » pour l'assurance-maladie. Elles visaient en

premier lieu d'accorder aux assureurs privés le bénéfice des mêmes avantages fiscaux et sociaux que celles de la complémentaire santé mutualiste. La France s'est mise en conformité avec ces directives européennes, à la suite du rapport de Michel Rocard : « La Mission Mutualité et Droit Communautaire », commandé par le premier ministre socialiste Lionel Jospin. Cela a abouti en 2001 à la réforme du Code de la mutualité qui a assimilé assurances privées et mutuelles.

Toujours en s'appuyant sur les directives européennes, certains ont ensuite tenté de faire valoir qu'elles devaient s'appliquer également à l'assurance-maladie obligatoire de base du régime général de la Sécurité sociale financée par une cotisation patronale, une cotisation salariale (désormais infime) et par la Contribution Sociale Généralisée (CSG), contribution fiscalisée.

Le Medef (Syndicat du Patronat français) comme la Fédération Française des Sociétés d'Assurances (FFSA) ont saisi à plusieurs reprises la Cour de Justice des Communautés Européennes pour demander qu'il soit mis fin au « monopole » de la Caisse nationale d'assurance-maladie. Mais, jusqu'à présent, la jurisprudence de la CJCE est restée stable pour estimer que ce « monopole » se justifiait par la mission de service public confiée aux caisses d'assurance et par le caractère obligatoire des cotisations. Il est à craindre désormais que cette jurisprudence se retourne en raison d'une surprenante convergence de dispositions récentes : la loi française sur la résiliation des contrats d'assurance (mars 2005) qui renforce le droit à résiliation de chaque souscripteur d'une assurance quels que soient son objet, les modifications apportées à la Constitution française, et bien évidemment le Traité constitutionnel européen. L'avenir se montre du coup rayonnant pour les assureurs privés dont on sait combien le lobbying peut être efficace.

Dans le même temps, une directive-cadre de l'Union Européenne, vient confirmer une recommandation expresse pour les services de santé et l'ensemble des services sociaux comme les systèmes de sécurité sociale, de n'accuser aucun déficit (voir sur le site Europa le rapport de Sophia In't Veld sur les aides d'Etat accordés aux services publics adopté par le Parlement européen le 22 février 2005). Cette directive-cadre ne laisserait comme seule solution, aux États membres dont les systèmes de santé font apparaître un déficit, que celle de les encourager à des transferts vers le privé, qui se verra alors confier la gestion d'une partie ou de la totalité du régime de base pour les clientèles dites « solvables ». Selon cette logique, les dépenses privées n'apparaîtront plus, par définition, dans les dépenses publiques.

Une politique qui se retrouve dans le décryptage fait par Patrick Le Hyaric, dans son livre « le Pacte des Rapaces », à propos du « Pacte pour l'euro Plus » (2011). Le député de la Gauche Unie Européenne, à partir de l'article 4, met en évidence la volonté du conseil européen de, « *non seulement démanteler les droits sociaux, mais bien plus, de faire de ce pacte, un outil de surexploitation du travail au bénéfice du capital* ».

La suite est parfaitement prévisible,.... il suffit de se référer au système de santé néerlandais.

Pour rappel, depuis la Seconde guerre mondiale, la majeure partie des Hollandais a une mutuelle, comme dans la plupart des pays européens. Or depuis 2007, les pouvoirs publics hollandais ont cédé aux compagnies d'assurances une bonne partie de leurs pouvoirs sur l'organisation des soins de santé, les assureurs ont également bénéficié d'une grande influence sur les hôpitaux. Tout le monde est obligé de conclure cette assurance et paiera à cet effet une prime fixe. Les compagnies d'assurances n'ont rien d'institutions de bienfaisance. Elles veulent engranger un maximum de bénéficiaires. Elles vont donc faire de leur mieux pour exclure de leur fichier clientèle les personnes présentant un risque de santé. À moins que ces personnes ne soient disposées à payer une prime bien plus élevée, ceci d'autant que les médecins hollandais vont être obligés de violer le secret médical. Ils vont être forcés de transmettre leurs informations médicales sur leurs patients aux compagnies d'assurance. Celles-ci vont naturellement utiliser ces renseignements afin de pratiquer une sélection de leurs clients pour leurs polices complémentaires. A risques élevés pour la santé, primes élevées.

Aux États-Unis, cela fait des années que l'on pratique ce système : la seule chose qui compte, c'est le prix et la rentabilité.

Le Parti de la gauche européenne (PGE), à l'issue de deux rencontres à Barcelone en 2010 et 2011, sur la « Santé publique et équité face aux soins en Europe » et « les Services publics de santé », a pointé dans ses conclusions, à travers la grande concordance de témoignages issus de territoires européens géographiquement, culturellement et historiquement très différents, une profonde dégradation du droit à la santé, une difficulté de plus en plus grande d'accessibilité et l'augmentation des inégalités sociales de santé. Ce secteur subit, comme bien d'autres services publics, une marchandisation flagrante, l'augmentation des privatisations (tant quantitatives que qualitatives) du secteur de la santé et la présence de plus en plus agressive des intérêts corporatistes conduisant à une perte de qualité des services publics.

La Charte des Nations Unies sur les Droits de l'Homme, la Déclaration de Alma-Ata, la Charte d'Ottawa, la Charte Sociale Européenne ainsi que les dernières recommandations de l'OMS dénoncent cette marchandisation. Il en va de même de la Charte de Barcelone du PGE, « Précarité et Santé », élaborée et publiée en juin 2007. L'accès à la santé est dépendante des déterminants économiques, sociaux et politiques. Il doit donc être envisagé à travers une approche transversale et multidisciplinaire, suivant les recommandations de la Commission des Déterminants Sociaux de l'OMS.

C'est pourquoi, à Barcelone, le PGE a réitéré son exigence, que la santé, telle que définie par l'OMS, soit un droit et non une marchandise. Il doit s'agir d'une obligation incontournable de tout gouvernement. Ceci est particulièrement valable pour l'Europe et pour l'UE que nous voulons construire. A Barcelone, il fut pointé, le manque objectif de systèmes d'information et d'évaluation en matière de santé au niveau européen. Aujourd'hui nous ne disposons pas d'un véritable outil de travail, essentiel à la réalisation de diagnostic et donc d'actions au niveau européen, particulièrement si l'on considère la complexité rajoutée au problème par l'hétérogénéité des réalités nationales. Il s'agit donc d'une nécessité basique que d'équiper tous les États d'un observatoire européen qui garantirait rigueur et objectivité. Cela afin d'étudier les problématiques de santé, de mettre au jour les déterminants sociaux et les inégalités qui en découlent en ce domaine, de quantifier ces phénomènes afin de proposer une information de grande qualité, basée sur des paramètres fiables, sous contrôle publique et démocratique. Grâce à un instrument de ce type, il sera possible d'étudier et d'évaluer l'évident « *Impact sur la Santé* » de toutes les actions et politiques développées au niveau européen.

Le PGE revendique, par ailleurs, la garantie de la protection sociale et l'accès universel aux services de santé sur l'ensemble du territoire européen, afin de fournir une assistance attentive et digne à toute personne le nécessitant. Cet accès doit être garanti et conduit par un système de santé national et public dans chaque État- seule forme en mesure d'offrir ces garanties- intégral et de qualité.

Le financement doit être généré par les diverses sources des systèmes fiscaux nationaux et de l'UE. Nous rejetons ainsi l'idée selon laquelle un secteur public de la santé n'est pas soutenable. Chaque citoyen a le droit de recevoir une part des rentes du capitalisme financier insuffisamment taxé. Les soins doivent pouvoir être pris en charge à 100 %, rejetant catégoriquement toutes formes de marchandisation des systèmes de santé sous l'aspect trompeur du « co-paiement » et des complémentaires

santé qui ne sont rien d'autres que des doubles taxations. Dans une acceptation large et vraie de la santé, comprise comme un état de bien-être et d'harmonie de l'individu avec son environnement social, le PGE rappelle la nécessité et la pertinence d'intervenir sur chaque déterminant, sans oublier le déterminant social qui est, en dernière instance, cause et effet de l'état de santé d'une société. Le travail, le genre, l'origine, l'environnement, les incapacités, la culture, la protection sociale, le niveau socio-économique, l'urbanisme, le foyer, sont les véritables ressorts de la santé publique, ce qui suppose la nécessité impérieuse de considérer ce sujet comme transversal et intersectoriel, à travers une approche multidisciplinaire. En ce sens l'OMS joue un rôle de premier plan lorsqu'elle promeut l'objectif « d'éliminer les inégalités en matière de santé, en une génération », partout dans le monde et donc également en Europe. Le PGE considère les inégalités en matière de santé comme l'indicateur clé des inégalités sociales, un problème que nous devons et pouvons dépasser. Ces objectifs ne peuvent être atteints, sans la participation des citoyens. Nous parlons ici d'une forme neuve et active de participation, de la prise de pouvoir, de la prise de responsabilités, dans le respect démocratique des différences, dans la transparence, comme but de la citoyenneté. Les citoyens agissant sur la santé et ses déterminants sont les agents essentiels, les agents fondamentaux de la sécurité socio-sanitaire, mais ils sont également plus que cela, des agents porteurs d'une identité dans la construction dynamique de l'Europe sociale que nous voulons construire.

La santé ne connaît pas de frontières, à l'instar des désastres environnementaux et économiques ou des agressions néolibérales. C'est toute la planète qui ira de l'avant ou qui succombera entièrement. En matière de santé également, nous demandons des analyses et des actions qui embrassent les enjeux à un niveau international, dans un esprit de justice, d'équité et solidarité entre les territoires, mais aussi entre les peuples.

Plus généralement, face à la crise que nous connaissons en Europe, il faut urgemment au « Pacte pour l'Euro plus » opposer un nouveau pacte social, solidaire, humain, écologique européen. Il faut réformer les structures économiques et politiques européennes, comme la Banque centrale européenne (BCE), qui, comme le fait la Réserve Fédérale américaine, peut user de son pouvoir de création monétaire pour venir en aide aux États qui en auraient besoin. Elle aiderait ainsi à relancer des services publics comme la recherche, la santé, l'éducation, la petite enfance,... C'est le sens de la Conférence européenne du 31 mai 2011, qui s'est tenue à Bruxelles en partenariat avec les parlementaires du GUE/NGL.

Le dossier Elections présidentielles

Les Français dans un sondage récent le disent, les questions de la santé et de la protection sociale ne sont pas assez présentes dans les débats de l'élection présidentielle. Les candidats susceptibles d'être au second tour en parlent le moins possible... C'est la raison pour laquelle nous avons souhaité « forcer » ce débat en l'ouvrant à diverses personnalités dont nous savons qu'elles ont un point de vue intéressant. Nous voulons mettre en avant leurs propositions.

Nous avons sollicité de nombreuses personnes dans l'ensemble du champ politique. Certaines y ont répondu et nous les remercions pour l'effort que représente leur contribution écrite. Nous donnons ici leurs contributions. D'autres ont préféré rester en retrait pour des raisons que nous respectons.

La méthode proposée était de répondre aux trois questions improbables suivantes :

« Imaginez que le candidat pour lequel vous avez voté soit élu et qu'il vous demande d'être son conseiller à la santé : Quelles sont les propositions générales de réformes à mettre en œuvre durant son quinquennat dans le domaine de la protection sociale et de la santé que vous lui proposeriez ?

Quelles sont les mesures à mettre en œuvre dans les trois premiers mois ?

Comment financez-vous vos propositions ? »

Certains sont sortis de cadre et ont présenté autrement leur point de vue. D'autres pour ne pas être répétitifs, ont limité leur texte à une partie de l'interrogation ou à un secteur. Certains ont proposé des contributions collectives.

Enfin nous donnons également en fin de dossier une interview croisée de Jean-Luc Gibelin et de Catherine Jouanneau.

La rédaction

Contribution de M. Christian Saout

NDLR : *M. C. Saout est magistrat administratif, Président d'Honneur de AIDES depuis 2007, Président du collectif Interassociatif sur la Santé depuis 2007, Membre du Conseil national du Sida de 2003 à 2007, Membre du conseil d'administration de l'Inpes de 2002 à 2007, Membre du conseil d'administration de la CNAMTS de 2004 à 2009, Membre du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM) depuis 2004, Président de la Conférence Nationale de Santé depuis 2006, Membre du Groupe de travail « Risques et protection » de France 2025, Membre du conseil d'administration de l'INSERM depuis 2009, Membre de l'Observatoire national des professions de santé depuis 2009.*

Quelles sont les propositions générales de réformes à mettre en œuvre durant son quinquennat dans le domaine de la protection sociale et de la santé que vous proposeriez?

Parlons santé pour commencer. Et résolument. C'est-à-dire sans commencer par les soins, ce qui est trop souvent la façon de procéder dans notre pays. En effet, la bonne santé individuelle et collective ne repose pas seulement sur le système de soins. D'ailleurs, il est démontré que le développement de l'éducation, la croissance de la richesse et les progrès de l'hygiène et d'un environnement plus sain ont fait plus pour l'allongement de la durée de la vie au XX^e siècle que les traitements ou la chirurgie même si ces derniers ont aussi permis de guérir et d'alléger les souffrances.

Sans croissance, il est difficile d'imaginer que la richesse progressera, et c'est tout le rôle de la protection sociale de créer un rempart contre les fragilités économiques de l'accès aux soins. On en parlera plus loin. Restent donc l'éducation et l'action en santé publique vers les milieux et les territoires. Si l'on parle d'éducation, c'est parce que nous croyons tous que c'est la meilleure façon d'influer sur les comportements. C'est là qu'il faut saisir une nouvelle chance à l'école. Elle découle d'une logique innovante. Nous avons besoin d'infirmiers et de médecins scolaires, ce n'est pas douteux. Mais ce n'est pas avec ces seuls professionnels de santé que nous ferons progresser la santé publique. Parce qu'ils ont trop souvent une approche par le soin. Ce qu'il faut ce sont des politiques de promotion de la santé à l'école, animée par des acteurs spécialistes de l'éducation à la santé. Cette dernière se distingue radicalement du soin puisqu'elle a pour vocation de prévenir la maladie et promouvoir les capacités individuelles et collectives à conserver son potentiel de santé. C'est donc une véritable révolution culturelle qui doit être opérée pour que la promotion de la santé s'impose à l'école, à côté de la médecine scolaire. S'il faut déceler une priorité dans un cadre économique contraint, il faut faire le pari des nouvelles générations, d'autant qu'elles peuvent aussi être des messagers et des relais vers

les autres couches de la population. C'est donc l'éducation à la santé, en commençant par mobiliser l'école, qui doit être le premier choix.

Le deuxième axe de travail doit porter sur les milieux et les environnements. Il suffit de souvenir des conséquences de l'amiante pour comprendre que l'exposition à certains risques doit être combattue quand ces risques résident dans l'entreprise. Il faut aussi prendre à bras le corps le défi de l'environnement : trop de substances dangereuses dont dispersées dans l'atmosphère et dans les matériaux utilisés quotidiennement. On s'aperçoit toujours avec retard des dangers quand le mal est accompli et qu'il faut réparer par des soins coûteux et des procès trop longs. Nous ne sommes pas assez prévoyants. Ainsi, malgré les efforts de la Commission nationale du débat public, il n'a pas été possible d'arriver à un consensus sur les risques liés à la diffusion des nano-particules. C'est dommage. La loi récente qui a affaibli la médecine du travail ne va pas non plus dans le bon sens. Milieux et environnement doivent donc faire l'objet de politiques ciblées. Mais rien ne doit être fait sans les personnes concernées, d'autant que parler de milieux c'est aussi parfois parler de groupes humains identifiés par des critères d'appartenance voulus ou subis : usages des produits psychoactifs, exposition au plomb des populations vivant dans les habitats anciens et dégradés, désastreuses conditions d'hébergement des détenus, exposition au risque de transmission au Vih/sida pour les gays et les personnes d'origine étrangère ...

Ce qu'il est important de comprendre, c'est qu'il nous faut d'autres logiques que celles de la prévention médicale. Elle a son sens, mais est très insuffisante pour relever les défis que je viens d'identifier. Ces derniers exigent des logiques de promotion de la santé. On ne le répètera jamais assez. Cela passe par le travail avec les groupes concernés : il ne s'agit donc pas de faire « pour », mais de faire « avec ». Ce qui supposera parfois d'identifier des logiques de territoires et d'y faire de la santé publique en impliquant toutes les parties prenantes, comme l'avait d'ailleurs proposé Jacques Roux en 1982, alors qu'il était

directeur général de la santé. Cela supposera aussi qu'il y ait de la santé publique dans toutes les politiques. Faut-il pour cela aller jusqu'à ce qu'il y ait un droit de regard du ministre chargé de la santé dans les politiques publiques des autres départements ministériels. C'est le choix du Québec. Il devrait nous inspirer.

Le troisième axe de travail c'est bien évidemment le système de santé lui-même qui ne peut pas se tenir à l'écart de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé. Le système de santé doit donc être déployé vers tous et faire en sorte que l'on puisse partout sur le territoire, et pour tous, accéder à des soins de qualité. Ce n'est pas le cas aujourd'hui pour des raisons de déserts médicaux ou de dépassements d'honoraires par exemple. Comment comprendre que nous cotisons les uns et les autres pour faire fonctionner un système de santé et constater en même temps que nous ne pouvons plus accéder aux soins ? Comment comprendre que nous nous soyons tous battus pendant deux décennies pour l'amélioration de la qualité de soins ... si nous n'avons plus accès à ces soins de qualité ? Comment pouvons nous être « surpris » par la progression des déserts médicaux parfaitement prévisible par un étudiant démographe ? C'est inentendable.

Ceci doit d'ailleurs nous conduire à nous interroger sur la couverture de la dépense de santé qui est de moins en moins solidaire au gré des déremboursements, des taxes et des franchises et de plus en plus inégalitaire avec les transferts massifs vers les organismes complémentaires auxquels cinq millions de Français n'ont pas accès !!! Et encore faut-il penser que pour ceux qui ont accès à une complémentaire, la couverture obtenue est largement fonction de l'effort financier consenti par l'assuré ou l'adhérent. Ici encore, alors qu'il s'agit de préserver son potentiel de santé, les inégalités financières jouent défavorablement. Le défaut de complémentaire est une des causes croissantes des inégalités de santé comme l'a montré l'Institut de recherche en économie et la santé qui a chiffré à plus de 17 % les renoncements aux soins des populations dépourvues de complémentaire. Faire en sorte que l'assurance maladie continue à rembourser autour 80 % et que les complémentaires restent dans le seuil de 20 % doit être l'objectif.

Tout ceci est facile à dire et sûrement plus complexe à faire.

Quelles sont les mesures à mettre en œuvre dans les trois premiers mois ?

Malgré l'urgence, et cela peut paraître paradoxal, un peu de lenteur ne nuirait pas.

D'abord, il conviendrait de réunir à nouveau les Etats généraux de la santé qui s'étaient tenus en 1997 et 1998. Non plus sur la question des droits des malades mais sur la question de l'organisation du système de soins et la couverture des dépenses de santé. Il faut un accord général sur le fait que la prévention et la promotion de la santé doivent être au premier plan. Il faut ce même accord pour dire que l'organisation des soins de premier recours constitue une priorité. Car n'en doutons pas, dans un contexte de financements contraints, il faudra prendre sur les autres financements pour mettre à niveau notre approche de santé publique et nos soins de premier recours. Enfin, il faut regarder comment nous pouvons équilibrer financièrement notre système de santé. Personne n'imagine que l'on y consacre plus de produit intérieur brut, la France se situant dans la fourchette haute des pays comparables avec plus de 11 % du PIB. Le scénario américain, d'ailleurs catastrophique puisqu'il réunit le plus d'inégalité pour le coût le plus élevé, n'est pas un modèle. Nous ne pouvons pas mettre sur la table, comme on le fait aux USA, 2 mois de richesse nationale. Il faudra donc faire avec ce dont nous disposons, ce qui au total est beaucoup d'argent : la dépense de santé, toutes ressources confondues, atteint 210 milliards d'euros. La difficulté c'est que l'on sait bien qu'une meilleure affectation des ressources est possible à condition de modifier des comportements, donc de disposer de la durée : 3 milliards seraient disponibles sur les inadéquations hospitalières mais sûrement pas en claquant des doigts. Vive les Etats généraux de la santé, car nous ne ferons rien de bon sans accord général des parties prenantes.

Ensuite, il faudrait que la loi détermine pour cinq ans des priorités de santé. Il faut rappeler que priorité ne veut pas dire abandon de ce qui n'est pas prioritaire. Simplement, pour cinq ans notre pays se donnerait l'objectif de renforcer le traitement de certains sujets qu'il estime prioritaire. A ce titre figurent l'organisation des soins de premier recours, la prise en charge des pathologies psychiques, l'éducation à la santé. Il faut, comme ailleurs, quelques priorités et sûrement pas 100 objectifs impossibles à atteindre comme cela a été voté en 2004.

Enfin, il serait raisonnable de renforcer l'édifice instauré par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Deux retards sont accablants. La réduction de l'asymétrie d'information entre les acteurs du système et les bénéficiaires. C'est lamentable au moment où les techniques de communication, et notamment les nouvelles technologies de la communication, peuvent nous aider. C'est donc que fondamentalement le système n'a pas envie de résoudre cet écart. Par ailleurs, le déficit démocratique du système de santé, que l'on a cherché à réduire avec la loi portant

réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires, qui a notamment prévu que le projet régional de santé, soit soumis à l'approbation des conférences régionales de santé et de l'autonomie, reste encore la règle. Ces conférences doivent prendre leurs indépendances et les associations doivent être financées pour tenir leur rôle dans cette démocratie sanitaire appelée par le vœu unanime du Parlement en 2002.

Comment financer vous vos propositions ?

Pour faire tout cela faut-il de l'argent en plus ? Ce n'est pas si sûr. Que je sache, le système d'assurance maladie d'Alsace-Moselle est équilibré et l'état de santé des populations qui résident dans ces trois départements n'affiche pas des indicateurs moins favorables que dans le reste du territoire français ! La quadrature est la suivante : dans un contexte de croissance économique quasi nulle, il faut compter sur l'argent déjà disponible. Or, nous avons deux efforts prioritaires : l'éducation à la santé et les soins de premier recours. Le second effort n'est pas impossible, car il suffit de privilégier la médecine ambulatoire dans la fixation de l'Ondam. Il ne s'agit pas de dépenser plus mais de répartir en fonction des priorités. L'effort en direction de l'éducation à la santé est beaucoup plus complexe. Car il dépend de la capacité à mobiliser des acteurs dans des territoires, territoires qui restent à définir car les actuels territoires de santé sont trop vastes. Une fois encore la santé publique, l'éducation à la santé, la promotion de

la santé sont l'affaire de tous. Mais je concède volontiers que les ressources manquent. C'est sur point là qu'il faut innover car il faut craindre que des redéploiements ne suffisent pas : lors de sa prise de fonction l'actuel président de la République avait proposé que la prévention atteigne 10 % du budget de la santé en 2012. Nous en sommes encore bien loin ... A un peu plus de 5 % en moyenne. Il faut reprendre cette perspective de montée graduelle des financements en faveur de la santé publique. Rien n'interdit de commencer le renforcement des actions de santé publique, avec les bonnes volontés des collectivités locales, des associations, des mouvements mutualiste et d'éducation populaire ... Il faut avoir de bons projets, clairement identifiés en fonction des besoins d'une population. Dans ce cas, les financements pourront être trouvés, ou inventés, car il n'est pas inimaginable que la logique qui prévaut dans l'environnement soit appliquée à la santé publique : il est d'ailleurs curieux que la logique pollueur-payeur ne bénéficie pas au financement de la santé publique. Dans cette approche, la seule réserve est de ne pas affecter les libertés individuelles. C'est ce qui a été fait jusqu'à aujourd'hui. Ici encore, il faut changer de logique. Et il n'est pas douteux qu'en mettant les termes du débat entre les mains de l'opinion, à l'occasion d'Etats généraux de l'éducation à la santé, cette fois-ci, ou de toute autre forme de consensus, des alternatives émergent pour rattraper le retard français en la matière.

Contribution de M. le Professeur Grimaldi

Je commencerais par dire que je suis convaincu qu'un bon président et un excellent conseiller auront beaucoup de mal à réformer notre système de santé si la population et les professionnels ne participent pas à un très large débat citoyen sur son avenir. Les termes d'Etats Généraux et de Grenelle, sont aujourd'hui galvaudés, mais ils évoquent bien la nécessité d'une mobilisation pour faire changer les choses en profondeur. En effet, il s'agit de refonder le système de santé mis en place en 1945, compromis entre le programme du Conseil National de la Résistance et les principes de la médecine libérale (liberté d'installation, libre entente sur les honoraires, liberté de prescription, libre choix du médecin par le patient, respect du secret médical).

Ce système mixte a globalement donné satisfaction aux professionnels et aux usagers pendant les 30 glorieuses, c'est-à-dire jusqu'au milieu des années 1970, puis il s'est avéré de plus en plus inadapté pour plusieurs raisons :

- médicales : la médecine libérale, payée à l'acte, prescriptive et solitaire, est inadaptée aux progrès biotechnologiques, en particulier au développement des moyens d'investigation non invasifs, et à l'épidémie de maladies chroniques (plus de 15 millions de citoyens)
- sociales : avec le développement du chômage, la Sécurité sociale liée au salaire a perdu son caractère universel et a du être complétée en 1999 par la CMU
- financières : le décalage croissant entre les dépenses de Sécu et le manque d'accroissement des recettes creuse le fameux « trou de la sécu » transféré aux générations futures par l'intermédiaire de la CADES.

Depuis cette époque, les divers gouvernements, de droite comme de gauche, ont essayé de mettre en place des régulations, tantôt publiques comme le budget global hospitalier en 1983 et l'ONDAM en 1996, tantôt libérales comptant sur les mécanismes de marché pour réguler le système, comme la mise en place du *numerus clausus* (1975), la création du secteur 2 autorisant les dépassements d'honoraires (1980). Depuis 10 ans, cette « privatisation rampante » s'accélère avec l'instauration de forfaits puis de franchises et le désengagement continu de la Sécurité sociale pour les soins courants au profit des mutuelles et des assurances privées. Finalement la notion de « service public hospitalier » a été supprimée dans la loi HPST et remplacée par celle « d'établissements de santé de statuts variables ».

Si par malheur, la politique actuelle est poursuivie, la prochaine mesure sera la mise en place d'un bouclier sanitaire proposé par Martin HIRSCH, bouclier d'ailleurs percé car il ne prendra pas en compte les dépassements d'honoraires. Il s'agit de supprimer la prise en charge dite à 100 % des affections de longue durée (ALD 30) jugées à la fois trop coûteuses et injustes, pour la remplacer par une franchise généralisée à tous les assurés quelles que soient leurs pathologies. Au nom de l'équité, cette franchise serait modulée en fonction des revenus. Il s'agirait donc d'un nouveau transfert vers les mutuelles et les assurances privées, alors même que les assurances dites « complémentaires » devenant pour beaucoup « principales », sont moins solidaires (entre fortunés et moins fortunés), moins égalitaires (entre bien portants et personnes à risques), et moins « efficaces » puisque leurs frais de fonctionnement correspondent à 15 à 25 % de leur chiffre d'affaires contre moins de 5 % pour la Sécurité sociale.

La mesure la plus importante concernera le financement des soins. Il doit être assuré essentiellement par la Sécurité sociale grâce au retour au taux originel de remboursement de 80 % pour les soins courants, en maintenant la CMU et la prise en charge à 100 % pour les affections de longue durée, et en supprimant les franchises. Ce système existe déjà, puisque c'est grossièrement celui de l'assurance-maladie Alsace – Moselle. Le surcoût national de ces mesures est estimé à 8 à 10 milliards d'euros. Son financement reposera, d'abord et avant tout, sur un transfert des primes des mutuelles et des assurances privées vers la Sécurité sociale. Ces primes ont en effet augmenté de 44 % en 8 ans, alors même que les remboursements par les assurances complémentaires n'ont augmenté que de 27 %. Il faudra aussi revoir le « panier de soins » financé par la solidarité. Il doit comporter tout ce qui est utile mais pas ce qui est inutile ou ne relève pas de la solidarité. C'est très rapidement que le prix des médicaments génériques sera ramené à celui pratiqué en Angleterre, ce qui permettrait d'économiser 1 milliard d'euros pour la Sécurité sociale. De même, lorsque le médicament d'une classe est « générique », c'est l'ensemble des prix des médicaments de la classe qui doivent être revus à la baisse, au lieu de prévoir un intéressement financier pour la prescription par les médecins et pour la substitution par les pharmaciens. Si on en croit les données de la Sécurité sociale elle-même, pour les inhibiteurs de la pompe à protons, c'est plus de 100 millions d'euros qui peuvent être économisés, pour les statines plus de 200 millions, pour les antihypertenseurs près de 400 millions... De même, il n'y a aucune raison médicale de rembourser des médica-

ments à 15 % ou à 35 %. Ou ils ne doivent pas être remboursés, ou ils doivent être remboursés à 80 %. Quant au coût des cures thermales (300 millions d'euros), il devrait être pris en charge au titre de l'aide à l'emploi ou à l'aménagement du territoire mais non au titre de la santé.

Il convient donc de mettre en place non seulement une évaluation du rapport bénéfice/risque des médicaments et dispositifs médicaux pour le patient, mais aussi du rapport bénéfice/coût pour la société. Le Comité d'Évaluation de l'Amélioration du Service Médical Rendu doit être regroupé avec le Comité Économique des Produits de Santé. Le travail de l'un et de l'autre doit se faire en totale transparence alors qu'aujourd'hui des accords secrets lient l'industrie pharmaceutique à la Sécurité sociale. Il est stupéfiant que les recommandations de l'HAS ne comportent aucune évaluation médico-économique même grossière. Quant aux nouveaux médicaments et dispositifs médicaux, leur autorisation de mise sur le marché doit les réserver aux insuffisances ou échecs des traitements antérieurs, et non comme on le fait aujourd'hui en substitution de ces traitements. Cette précipitation vers la nouveauté est à la fois coûteuse et dangereuse dans la mesure où on ne connaît pas, par définition, le risque à long terme de nouveaux médicaments. C'est le cas par exemple des analogues lents de l'insuline, 60 % plus chers que la vieille NPH, sans bénéfice réel pour les diabétiques de type 2 même si le bénéfice est important pour les diabétiques de type 1. En Allemagne, ces analogues lents de l'insuline ne bénéficient pas d'un tel sur paiement.

A plus long terme, il faut organiser une évaluation comparative des pratiques dont on connaît aujourd'hui la variabilité, pouvant aller de 1 à 3 pour les césariennes, la pose de stent ou de pace maker ou la réalisation d'endoscopies digestives. Cette variabilité s'explique pour l'essentiel en fonction non pas des besoins des patients mais des caractéristiques des professionnels. La Sécurité sociale et la Fédération Hospitalière de France ont toutes les données nécessaires pour mettre en évidence ces différences de pratique. L'HAS devrait travailler avec les professionnels pour réduire ces disparités importantes non justifiées.

En ce qui concerne les recettes de la Sécurité sociale, il faudra supprimer une grande partie des niches sociales, c'est-à-dire des exonérations de cotisations estimées par la Cour des Comptes à 35 milliards d'euros pour la plupart sans justification économique. Enfin, si toutes ces mesures sont insuffisantes, il faudra augmenter la CSG, ce qui pose le problème plus général de la fiscalité. Il est en effet essentiel que la solidarité s'exprime à travers les ressources alors que l'on maintient l'égalité en ce qui concerne les prestations. Toute solidarité réservée aux

pauvres deviendrait inexorablement très vite une pauvreté de solidarité.

Pour les hôpitaux, le volet hospitalier de la loi HPST sera aboli, pour réaffirmer l'existence d'un service public hospitalier reposant sur les hôpitaux publics et les hôpitaux privés à but non lucratif participant au service public. En conséquence, devrait être supprimée la convergence tarifaire, remplacée par une convergence segmentée prenant en compte le statut, les missions, la taille, le bassin de populations, la vétusté du bâti, afin de comparer ce qui est comparable. Le financement par le tout T2A doit être revu au profit d'un financement mixte, gardant la tarification à l'activité pour les actes techniques, standardisés, programmés, utilisant le paiement à la journée pour des soins particuliers comme les soins palliatifs, et revenant à la dotation budgétaire pour les maladies chroniques, les urgences, la prise en charge des pathologies graves ou rares. L'existence d'une activité privée au sein de l'hôpital public donne lieu à des distorsions inacceptables. Dans un premier temps, la loi devra être strictement appliquée, avec pas plus de 20 % de l'activité, et les honoraires devront être versés à la caisse de l'hôpital qui, après avoir prélevé une redevance, retournera les sommes dues aux professionnels. Il devrait en être de même pour l'ensemble des activités d'expertise, de conseil ou de communications notamment avec l'industrie pharmaceutique. Le versement des honoraires à la caisse de l'hôpital permettra de vérifier le respect des engagements de service public des médecins hospitaliers.

Plus généralement, les restructurations hospitalières doivent se faire sur des critères de santé publique et non sur des critères strictement comptables. Il est en effet indispensable de hiérarchiser les soins en distinguant soins de proximité, soins de recours, centres de référence, soins de suites. La mise en place de filières de soins suppose une triple cohérence organisationnelle, médicale et financière des différents niveaux. Le développement d'un service public de la médecine de proximité devrait reposer sur les médecins généralistes installés en secteur 1 ainsi que sur les centres de santé et les maisons médicales sans dépassements d'honoraires. Ces centres de santé et ces maisons médicales seraient adossés à des centres hospitaliers en tissant avec eux des liens privilégiés et en permettant aux professionnels d'avoir des activités mixtes en partie hospitalière et en partie dans des maisons médicales de garde ou des maisons médicales spécialisées dans la prise en charge des maladies chroniques. Cela nécessite de revoir le paiement à l'acte adapté à un certain nombre d'activités, mais inadapté à la prise en charge des malades chroniques, aux activités de coordination, aux missions de santé publique ainsi qu'à l'évaluation et à la formation continue. Il faut donc introduire des paiements par

forfait, vacations, et salariat. Pour réussir cette politique doit être à la fois volontariste et pragmatique, s'appuyant sur le libre choix des jeunes médecins refusant l'exercice libéral à « l'ancienne ». Elle nécessite un engagement sur une longue durée, mais il faut répondre rapidement au problème des déserts médicaux. La première mesure pourrait être le développement de consultations avancées de jeunes médecins hospitaliers ou autres professionnels de santé pouvant consulter une ou deux journées par semaine dans ces « dits déserts ». De même, on peut envisager des équipes médicales mobiles pour les maisons de retraite. Si la liberté d'installation en secteur 1 doit être maintenue, il faut revoir cette liberté pour le secteur 2. Il est inacceptable que des spécialistes s'installent en secteur 2, dans des régions déjà sur dotées en spécialistes installés en secteur 2. L'installation en secteur 2 doit donc être limitée par spécialités et par bassins de vie. Sur le fond, il faut revaloriser le secteur 1 pour organiser le dépérissement progressif du secteur 2 contraire au principe même de conventionnement avec la Sécurité sociale.

La lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins nécessite également une régionalisation du concours de l'internat avec des quotas par spécialités et l'autorisation pour les étudiants de passer 2 ou 3 concours dans des régions différentes avec un engagement à s'installer pour une période de quelques années dans la région.

Quant au service national de santé, il faudrait d'abord en discuter les modalités, au début, au milieu ou en fin d'internat, le mode de financement, avant de vouloir le mettre en œuvre. Il faut de plus que les étudiants qui s'engagent dans des études longues et difficiles soient prévenus des « règles du jeu » avant le début des études. Ce n'est donc pas une mesure applicable avant 2020.

Le quatrième service public de santé qu'il faut conforter, est le système de prévention et de sécurité sanitaires qui s'est développé avec retard dans notre pays, et qui comprend encore de nombreuses insuffisances, comme l'ont montré le dysfonctionnement lors de la vaccination de la grippe H1N1, le scandale du Médiateur... La prévention a surtout concerné le traitement des facteurs de risques et le dépistage, notamment des cancers, mais elle reste insuffisante en terme de promotion de la santé : éducation à la santé en particulier à l'école, développement de la médecine du travail et de la médecine scolaire, accès à la contraception et aux centres d'IVG... Elle suppose une lutte contre des lobbys (tabac, industrie agro-alimentaire,...) et l'introduction de la promotion de la santé dans l'ensemble des politiques publiques (logement, urbanisme, industrie, environnement,...). Les moyens financiers consacrés à la prévention doivent passer de 7 % à 10 % du budget de la santé.

Quant à la sécurité sanitaire, elle nécessite de compléter les mesures contre les conflits d'intérêts, en rendant publiques les sommes versées par les industriels non seulement aux professionnels de santé, mais aussi aux associations de patients, aux gestionnaires, aux économistes et aux politiques. Une instance indépendante des agences délivrant les autorisations de mise sur le marché des médicaments et dispositifs médicaux, doit pouvoir être saisie par les professionnels et par les usagers en cas d'alerte. Les nouveaux médicaments et nouveaux dispositifs doivent avoir des indications initialement réservées aux insuffisances et échecs des traitements déjà sur le marché, et bénéficier d'une pharmacovigilance particulière ; lorsque leur usage est assez répandu, le croisement des données de la Sécurité sociale et des données du PMSI permet de débusquer d'éventuels effets secondaires délétères n'apparaissant pas dans les études de phase 4, faute de puissance suffisante ou dans les registres de pharmacovigilance faute de déclaration exhaustive.

Reste la question des études médicales, qui n'ont cessé d'être réformées. Il semblerait raisonnable de supprimer le P1 actuel et d'organiser l'accès aux études médicales à partir des différentes filières universitaires, avec des quotas d'entrée privilégiant la biologie, mais incluant les autres disciplines, en particulier les sciences humaines et les lettres. Les étudiants qui, en première année de licence, auraient été reçus sans avoir un résultat suffisant pour être admis en médecine, pourraient ainsi entrer en deuxième année de licence et avoir une chance supplémentaire d'accéder en fin de 2^e année aux études médicales. La formation des étudiants doit être revue en organisant notamment des stages cliniques à plein-temps à l'hôpital et au sein du service public de la médecine e proximité, permettant un réel compagnonnage alternant avec des périodes d'enseignement exclusivement facultaire. Le but des études est d'apprendre aux étudiants le recueil de données, le raisonnement hypothético-déductif, la prise en charge globale des patients, l'analyse décisionnelle, l'evidence based medicine et sa critique, l'éducation thérapeutique et le travail d'équipe. Cette réforme devrait s'inscrire dans une réforme plus large des CHU, de leur gouvernance et du statut des médecins qui y travaillent. Ils devraient tous être hospitalo-universitaires à valences variables et évolutives, la quadruple mission de soins, d'enseignement, de recherche et de gestion ne pouvant plus être assurée que par des équipes.

Contribution de M. le D^r Bouton : Une feuille de route exigeante

NDLR: *Le Docteur Richard Bouton est le fondateur du syndicat MG France qu'il a ensuite présidé durant 14 ans. Après l'arrêt de ses activités syndicales il a créé une société de conseil et d'audit qui s'est notamment illustrée dans l'étude réalisée en 2002 pour la DGS: « la participation des médecins généralistes à la mise en œuvre de la politique de santé publique » et en 2010 par une étude commanditée par la Ville de Paris et la CPAM 75: « la place des centres de santé dans l'offre de soins parisienne » ayant porté sur 18 centres de santé.*

Mercredi 27 juin 2012 : premier Conseil des Ministres du gouvernement constitué à l'issue du second tour des élections législatives du dimanche 17 juin.

Le Président de la République s'adresse longuement au Ministre en charge de la Santé et de l'Assurance-maladie. Cette configuration gouvernementale constitue déjà en soi une indication sur les priorités du gouvernement. Plutôt qu'un simple Secrétariat d'Etat, la Santé se voit pourvue d'un Ministère à part entière englobant l'Assurance-maladie, désormais détachée du Ministère des Affaires Sociales, de la Solidarité et de l'Emploi.

Cette attention tout à fait particulière consacrée à la Santé peut paraître paradoxale, alors que ce thème a peu émaillé les débats de la campagne électorale, essentiellement occupés par les problèmes liés à l'emploi, au pouvoir d'achat, à la sécurité et à l'équilibre des finances publiques.

La dimension économique n'est évidemment pas étrangère à cette priorité gouvernementale. Le déficit de l'Assurance-maladie pour 2011 s'élève à 10,5 Md€ et les prévisions corrigées pour 2012, compte tenu de la contraction de la masse salariale, approchent 14 Md€.

Le « trou » récurrent de la Sécurité Sociale est creusé à hauteur de plus de 50 % par la seule Assurance-maladie, menaçant ainsi tout notre système de protection sociale. Mais, plus préoccupant encore, ce « trou » semble se creuser en vain, car notre système de santé n'a jamais été aussi désorganisé et les inégalités d'accès aux soins jamais été aussi criantes, alors que notre politique de santé publique est réduite à la portion congrue.

Le rappel liminaire de la situation et des enjeux fait par le Président de la République déclenche une série de prises de paroles de plusieurs Ministres qui, en tant qu'élus locaux ou députés, se font l'écho de plaintes de plus en plus nombreuses de leurs administrés.

Il est de plus en plus difficile de trouver un médecin généraliste pas trop éloigné de son domicile et apte à répondre le jour même à une demande de soins. Et cette situation n'est pas spécifique, loin s'en faut, aux seules zones rurales reculées. Quant à la permanence des soins, en dépit de la régulation des appels par les Centres 15, force est de constater l'inconstance et l'anarchie des solutions apportées sur l'ensemble du territoire. Les services d'urgence des hôpitaux publics, déjà encombrés hors des heures ouvrables par une demande courante de soins, sont à présent aussi largement sollicités en pleine semaine dans les grandes agglomérations, notamment à Paris.

La médecine générale libérale n'est plus en état d'assurer ses missions essentielles et il semble que l'on ait sous-estimé les effets d'une décline de la démographie médicale pourtant annoncée. Plus encore que pour d'autres disciplines, le phénomène est encore majoré par le désintérêt des jeunes diplômés pour l'exercice libéral, tandis que les plus anciens l'abandonnent dès qu'ils ont une opportunité d'exercice salarié.

Pour les autres spécialités, à la raréfaction des effectifs se rajoutent les effets de l'accroissement des dépassements tarifaires pratiqués dans le cadre du Secteur 2, toujours en pleine expansion, et qui concerne à présent 62 % des spécialistes. Pour certaines spécialités les plus courantes (gynécologie, ophtalmologie, ORL), il est parfois impossible de trouver un praticien appliquant les tarifs conventionnels et les délais d'attente atteignent souvent plusieurs semaines, sans parler de la chirurgie.

Au total, le reste à charge pour les soins de ville s'accroît de façon difficilement supportable pour une majorité de la population, même si les chiffres globaux paraissent stables du fait de l'effet d'optique des patients en ALD.

Enfin, comme l'ont démontré les épisodes de la canicule de 2003 et de « l'épidémie » de grippe H1N1, notre

système de santé, que certains qualifient encore de meilleur du monde, est dans l'incapacité de répondre efficacement à toute menace sanitaire d'envergure.

Même si l'on ne peut pas imputer à la seule action ou inaction du gouvernement précédent cette situation désastreuse au plan financier, sanitaire et social, aucune mesure n'a été entreprise pour y remédier, notamment en matière de pilotage et de gouvernance, si ce n'est de stratégie.

Au niveau national, l'organisation des soins de ville est de fait déléguée à l'UNCAM et, comme l'a démontré la dernière Convention Médicale, il apparaît que l'intérêt général n'a pas été la préoccupation première des négociateurs. L'UNCAM avait besoin d'une Convention Médicale pour continuer à exister et les syndicats de médecins spécialistes dominants d'un Secteur 2 intact et toujours libre d'accès pour leurs mandants. Les uns et les autres ont obtenu satisfaction et les généralistes la portion congrue d'un hypothétique et obscur paiement à la performance de nature à décourager davantage les nouveaux venus dans la profession pourtant pas si nombreux.

Le bilan sans concession du pilotage des soins de ville par l'Assurance-maladie fait par le Président de la République surprend quelque peu certains membres du gouvernement, mais le réquisitoire ne s'arrête pas là.

Au niveau régional, les ARS, censées corriger cette absence de pilotage, sont toujours engluées dans les problèmes domestiques inhérents au démantèlement, puis à la reconstruction d'un ensemble, si possible cohérent et fonctionnel, de structures régionales éparpillées. Alors qu'il semblait exister un certain consensus politique autour de ces ARS, il est permis de s'interroger sur leur aptitude à assumer cette fonction, compte tenu de l'urgence et de la gravité de la situation.

Comment remédier dans les 100 premiers jours de l'action du gouvernement à cette situation qui n'a fait que s'aggraver au cours de ces 30 dernières années? Telle est la feuille de route exigeante que le Ministre de la Santé soumet à son cabinet.

La question essentielle étant comment mobiliser le réseau des médecins libéraux autour d'objectifs d'intérêt général et de santé publique?

Quelles que soient les pistes envisagées, le nœud du problème apparaît être les conditions de l'exercice libéral de la médecine issues de la Charte Libérale de 1928 et figées, depuis 1971, dans le Code de la Sécurité Sociale :

Article L162-2 Dans l'intérêt des assurés sociaux et de la santé publique, le respect de la liberté d'exercice et de l'indépendance professionnelle et morale des médecins est assuré conformément aux principes déontologiques fondamentaux que sont le libre choix du médecin par le malade, la liberté de prescription du médecin, le secret professionnel, le paiement direct des honoraires par le malade, la liberté d'installation du médecin, sauf dispositions contraires en vigueur à la date de promulgation de la loi n° 71-525 du 3 juillet 1971.

Force est de constater qu'aucun de ces principes cardinaux ne prévoit la participation des médecins libéraux aux missions de service public essentielles qu'on souhaiterait lui voir assumer. Rien d'étonnant à ce que l'exercice de la médecine générale se résume à la production d'actes associés à des prescriptions notamment pharmaceutiques.

On remarque que, contrairement à d'autres professions libérales pour lesquelles l'Etat a explicitement délégué des missions de service public (notaires et vétérinaires), il n'en est rien pour les médecins. D'où les difficultés de dialogue avec cette profession, dès que l'on aborde son intervention dans les registres de missions de service public (permanence des soins, répartition sur le territoire, participation à des actions de santé publique collectives).

Il est proposé d'adapter le statut de la médecine libérale en y intégrant des missions sanitaires de service public déléguées, à l'instar des vétérinaires libéraux. Cette piste, pourtant précisément détaillée par une étude commanditée par la DGS en 2002, n'a curieusement pas été explorée lors des débats des États Généraux de l'Organisation de la Santé organisés en 2008 par Roselyne Bachelot, bien que réclamée par plusieurs participants.

Les vétérinaires libéraux assument à travers un « mandat sanitaire » des tâches de santé publique vétérinaire et de police sanitaire. Le contenu de ce mandat sanitaire, défini, au niveau départemental, par les Directions des Services Vétérinaires est évidemment modulable. Les activités réalisées dans ce cadre sont essentiellement rémunérées par l'Etat. Il pourrait être créé à cette image un contrat sanitaire pour les médecins libéraux.

Comme il est curieusement difficile de se procurer l'étude réalisée en 2002 pour la DGS, en voici ci-dessous quelques extraits.

Le « contrat sanitaire » des médecins libéraux doit être financièrement attractif mais d'adhésion volontaire, à l'instar du mandat sanitaire des vétérinaires libéraux auquel 8 000 vétérinaires ont adhéré sur les 10 000 que comporte la pro-

fession. Son contenu et surtout son niveau de rémunération doivent être modulables suivant le lieu d'exercice.

Le contenu du contrat sanitaire comporterait plusieurs rubriques dont certaines seraient communes indépendamment du lieu d'exercice et notamment :

- Rubrique 1: maillage sanitaire et participation à la permanence des soins
- Rubrique 2: veille sanitaire et réponse aux situations d'urgence sanitaire
- Rubrique 3: épidémiologie
- Rubrique 4: prévention secondaire
- Rubrique 5: bon usage du médicament (utilisation systématique de logiciels de sécurisation des prescriptions et prescription en DCI) et pharmacovigilance.

Les médecins adhérant au contrat sanitaire s'engagent à consacrer **une journée hebdomadaire prédéfinie** pour la réalisation de tout ou partie des missions de service public contenues dans leur contrat. L'équilibre économique du contrat sanitaire en dépend et peut être obtenu de la façon suivante :

Chaque médecin généraliste induit en moyenne 260 000 € par an de dépenses pharmaceutiques (source: rapport du HCAAM). **S'il consacrait 1/5 de son temps d'activité à des tâches de santé publique**, la baisse « théorique » de ses prescriptions pharmaceutiques serait de 52 000 €. En prenant en compte un effet report de 50 % d'actes et de prescriptions associées, on peut tout à fait admettre une économie de 26 000 € par an, soit un total, pour les 60 000 médecins généralistes, de 1,560 Md d'euros.

Ce volume financier permet de concevoir une rémunération forfaitaire du contrat sanitaire particulièrement attractive selon le lieu d'exercice du praticien pouvant aller jusqu'à 2000 €/mois.

Cette évolution du statut des médecins libéraux présente un quadruple avantage :

- elle offre un véritable outil d'incitation financière statutaire et pérenne pour mieux répartir les installations;
- elle permet de véritablement mobiliser le réseau des médecins généralistes pour une politique de santé publique ambitieuse;
- elle entraîne mécaniquement une baisse du volume des prescriptions pharmaceutiques en France (sans doute la raison véritable de l'étrange disparition du rapport de la DGS...);
- sa mise en place est du ressort de l'Etat et permet de contourner la longue et imprévisible machinerie du partenariat conventionnel.

La mise en œuvre législative et réglementaire du contrat sanitaire peut parfaitement être réalisée dans les 100 jours: à partir de la base législative de la Loi de Santé Publique du 9 août 2004, il suffit d'adapter à la marge les articles L. 162-12-17, L. 162-12-18 et L. 162-12-20 du code de la Sécurité Sociale, puis d'utiliser **l'Art L. 162-12-19 qui autorise la mise en œuvre par le gouvernement.**

Mais si la création de ce contrat sanitaire dépend « simplement » de la volonté politique des 100 premiers jours du gouvernement, cette évolution structurelle ne permettra pas à elle seule de résoudre tous les problèmes.

La décrue observée de la démographie médicale est telle que, même en espérant mobiliser une partie des 10 000 médecins généralistes non installés grâce au contrat sanitaire, le développement de la médecine d'équipe paraît indispensable. Seul ce mode de délivrance des soins primaires permet une économie du temps médecin grâce au partage des tâches.

Cependant, en dépit des dispositions de la Loi HPST, aucune décision opératoire n'a été prise pour permettre à la fois le développement des Maisons de Santé et le soutien des 1 500 Centres de Santé encore existant mais menacés par un statut économique trop contraignant.

Certaines mesures de nature simplement réglementaire pourraient être prises durant ces 100 jours :

- Plutôt que d'opposer, faire converger les statuts juridiques et élaborer **un cahier des charges commun aux Maisons de Santé et aux Centres de Santé** pour permettre leur déploiement;
- Leur accorder des frais de structures forfaitaires au regard des contraintes liées à l'application **systématique** du tiers payant et à la dématérialisation des flux sur la base de **3,50 €/acte** (coût moyen observé dans l'étude portant sur 18 centres de santé parisiens). Les feuilles de soins électroniques représentant une économie de 1,50 € par rapport au traitement des feuilles de soins papier (rapport de la Cour des Comptes de février 2010), le surcoût pour la collectivité serait tout à fait acceptable. La seule reconnaissance de ces frais de structures permettrait à une majorité de Centres de Santé de retrouver un équilibre économique.
- Favoriser l'implication des Centres de Santé et des Maisons de Santé dans le dispositif de permanence des soins. Il pourrait être créé une dotation spécifique pour les structures faisant aussi office de Maison Médicale de Garde. Le coût moyen d'un simple passage dans un service d'urgence hospitalier est de 170 € et peut atteindre 400 € dans les CHU (rapport de la Cour des Comptes 2009). Les

gissements d'économie pour chaque acte réalisé en MMG plutôt qu'aux urgences des hôpitaux sont considérables. Cette dotation serait destinée à adapter en conséquence les locaux des Centres de Santé et Maisons de Santé et pour le personnel d'accueil dédié.

Du fait de la mise en place **concomitante et cumulative** du contrat sanitaire et des dispositions spécifiques à la médecine d'équipe, le gouvernement peut se doter, en 100 jours, des instruments pour améliorer les conditions d'accès aux soins sans surcoût pour l'Assurance-maladie.

Reste le problème de l'exercice majoritaire des médecins spécialistes en Secteur 2. Avec la tendance actuelle de décélération démographique et de progression du pourcentage de spécialistes exerçant en Secteur 2, il est à redouter la disparition à terme des spécialistes Secteur 1.

Déjà les Centres de Santé se trouvent dans l'impossibilité de recruter ou de simplement renouveler leurs praticiens spécialistes qui partent en retraite. La dynamique de la médecine d'équipe est menacée et il est illusoire d'espérer corriger ce problème par voie conventionnelle en dépit des palinodies du secteur optionnel.

Le gouvernement devra se résoudre à intervenir par voie réglementaire ou législative. Pourquoi ne pas assortir obligatoirement l'exercice en Secteur 2 d'une journée hebdomadaire d'exercice en Centre de Santé ou Maison de Santé avec pratique des tarifs opposables? Ce serait en quelque sorte le contrat sanitaire des médecins spécialistes Secteur 2.

Contribution de M. Michel Antony, de M^{me} Françoise Nay et de M. Rolland Vachon, responsables nationaux de la Coordination nationale des Comités de défense des Hôpitaux et Maternités de proximité

Imagine que le candidat pour lequel vous avez voté soit élu et qu'il vous demande d'être ses conseillers à la santé...

Remarque initiale: la Coordination nationale des Comités de Défense des Hôpitaux et Maternités de proximité contribue à animer le Collectif NSED - *Notre Santé En Danger*, et se reconnaît dans son socle commun (En Annexe), même si évidemment, comme chacun des signataires, certains points nous semblent insuffisamment développés. Certains éléments bien explicités dans ce Socle ne seront donc pas développés ici.

Quelles sont les propositions générales de réformes à mettre en œuvre durant son quinquennat dans le domaine de la protection sociale et de la santé que vous lui proposeriez ?

Pour la Coordination Nationale l'égalité d'accès à une santé de qualité pour toutes et tous, à toute heure et sur tout le territoire national, est une exigence incontournable, et devrait être rappelée solennellement avant toute décision comme fondement et comme objectif à assumer.

Par santé nous entendons évidemment le sens large du terme, le bien-être global des personnes. Cela intègre en amont la prise en charge des questions sociales, économiques, éducatives et environnementales et une évidente prévention, et en aval l'accompagnement des personnes ayant eu accès aux soins ou aux conseils des spécialistes.

Cette exigence passe notamment :

1- Par la nécessité - avant toute décision - de procéder à un état des lieux de la manière la plus transparente et la plus démocratique possible, c'est-à-dire en analysant les besoins des personnes et des territoires. Cette analyse doit partir des seuls directement intéressés : les usagers et les personnels, et évidemment les élus, le rôle des experts devant se limiter à un apport technique dans les discussions. La démocratie doit être assurée partout : les financements, les équipements, les effectifs de personnel et l'activité... nécessitent des dispositifs d'information, de prise de décision et de contrôle accessibles aux professionnels et personnels de santé, aux élus et aux usagers, avec égalité de droits dans les prises de décision. Différentes formes sont possibles si les principes énoncés ci-dessus sont respectés : observatoire, assemblée locale ou régionale, états généraux de la santé, centre de consultation et de décision, chambre rattachée aux collectivités territoriales...

2- Par la nécessaire abrogation de la loi HPST-BACHELOT et des pouvoirs exorbitants qu'elle a octroyés aux ARS-Agences Régionales de Santé. Cette loi a étendu les attributions des Agences Régionales de Santé en excluant tout réel contre-pouvoir et toute possibilité de recours contre leurs choix d'organisation et de répartition de l'offre de soins. Sous couvert d'une apparente décentralisation, nous avons à faire face à la plus dangereuse des formes de concentration pyramidale du pouvoir en matière sanitaire, le responsable de l'ARS devenant un inadmissible super Préfet sanitaire. Si le niveau régional nous semble pertinent, une nouvelle gouvernance et des instances sont à inventer afin de faire vivre la démocratie sanitaire du territoire de santé aux niveaux local, régional et national.

3- Par l'instauration d'un fonctionnement démocratique des instances sanitaires à l'échelle de la Nation, des régions et des territoires, et des structures sanitaires au sens large du terme. Nul ne peut se satisfaire du simulacre de concertation organisé par la loi HPST qui, de fait, écarte les élus locaux et régionaux, les usagers, les personnels et les territoires de décisions qui les concernent et les soumettent à l'arbitraire des directeurs généraux d'ARS, relais révocables du pouvoir central.

4- Par la remise en question fondamentale de l'hôpital entreprise et des organisations qui lui sont liées.

5- Par un réexamen des modes de financement des établissements publics de santé afin de réduire immédiatement l'étrangement financier auquel ils sont soumis. L'instauration de **la tarification à l'activité**, les constantes révisions à la baisse des barèmes de rétribution des actes et l'exigence de convergence tarifaire ont placé les hôpitaux publics en situation de concurrence déloyale par rapport aux cliniques privées à but lucratif. Contrairement à ces dernières, ils n'ont pas la possibilité de sélectionner les activités ou les patients les plus rentables et sont tenus par des missions et des obligations plus larges. Cela conduit à un déficit structurel, une augmentation de l'endettement et en conséquence à des plans de retour à l'équilibre avec réduction d'activités, de lits, de services, d'emplois, détérioration des conditions de travail des personnels, diminution de la qualité des soins... La suppression de la T2A, symbole d'une santé purement comptable, doit être immédiate.

6- Par un financement équilibré et plus juste de la Sécurité Sociale, prenant en compte la couverture du risque dépendance. Les petits pas successifs se sont multipliés pour faire progressivement de **la Sécurité Sociale**, acteur privilégié de la solidarité nationale par la mutualisation des risques, un outil de couverture à minima des plus démunis et transférer vers les mutuelles et les assurances privées la couverture des risques en santé de la population solvable. **Les exonérations de cotisations sociales**, sans dispositif d'évaluation et parfois sans aucun retour pour la société, se sont multipliées au profit d'entreprises qui font des bénéficiaires. En grande partie du fait du manque des recettes nécessaires, la Sécurité Sociale a connu des déficits record, qui s'accompagnent d'intérêts de la dette qui chargent encore plus notre système. L'affectation des crédits publics doit se faire prioritairement pour garantir le financement des établissements publics de santé et de la permanence des soins.

7- Par l'arrêt des privatisations et des partenariats publics-privés.

8- Par une diminution progressive de tous les restes à charge qui ont augmenté de manière exorbitante ces dernières années du fait de l'élévation des forfaits, de la création des franchises, des déremboursements de médicaments, des dépassements d'honoraires... La hausse des coûts de santé et la disparition de la proximité sanitaire conduisent aujourd'hui un Français sur trois ou 4 selon les sondages à renoncer aux soins ou à les différer, ajoutant ainsi l'inégalité sociale aux inégalités territoriales.

9- Par l'arrêt de toutes les restructurations en cours et la réouverture de services hospitaliers de proximité là où la réponse aux besoins courants de la population a, sur des bases fausses, été autocratiquement supprimée... **Les restructurations hospitalières** ont entraîné ces dernières années la suppression de près de 60 000 lits d'hospitalisation et d'environ 261 sites ou services de gynécologie obstétrique de 1998 à 2009 (Panorama des établissements de santé DREES - 2011), de près de 300 sites ou services de chirurgie, et trop souvent la disparition complète des plateaux de Médecine – Chirurgie – Obstétrique. Elles ont généré en maints endroits un éloignement de l'offre hospitalière, des inégalités territoriales criantes d'accès aux soins et pour une partie des usagers des risques accrus de décès ou de séquelles. Il faut donc remettre la proximité au premier plan, en modernisant tous les sites hospitaliers, et en leur donnant les moyens matériels, financiers et en personnels pour répondre aux besoins de tous les territoires.

10- Par une augmentation du recrutement de tous les personnels et professionnels de santé et le rétablissement

de ce recrutement à un niveau conforme aux besoins (alors qu'aujourd'hui avec une population largement accrue et un fort vieillissement de celle-ci, le numéris clausus pour les médecins reste inférieur de près de 25 % à ce qu'il était à son origine).

11- Par la réduction impérieuse des inégalités de densité médicale. La démographie médicale doit être redistribuée en fonction des besoins des territoires, ce qui nécessite de remettre en cause (par exemple pour une durée de 2 ou 3 ans pour tous les nouveaux médecins à l'hôpital comme dans toutes les spécialités) la liberté d'installation. En effet l'augmentation des écarts de densité en médecins généralistes et spécialistes, en infirmiers, en dentistes, en kinésithérapeutes, etc. a accru les inégalités territoriales, compromis en maints endroits la permanence des soins ambulatoires, encombré les services d'accueil des urgences quand ils subsistent et contraint les collectivités à prendre des initiatives et à engager des dépenses aux frais de leurs contribuables pour remédier dans ce domaine aux défaillances de l'État.

12- Par la remise en cause des modes, des niveaux et des écarts de rémunération des professionnels de santé et la mise en place rapide de nouvelles dispositions. Les différences et les écarts sont d'une telle ampleur qu'ils sont pour partie à l'origine de la pénurie de praticiens dans le service public et d'inégalités territoriales et sociales d'accès aux soins. Les modes de rémunération actuels entraînent parfois une dérive vers la prise en charge de trop de patients-clients, et la réduction de la partie préventive et de conseils.

13- Par l'ouverture de la médecine de premier recours à d'autres modes d'exercice. Une démarche novatrice dans ce domaine, par la voie de la décentralisation, pourrait mettre en perspective les attentes des territoires et l'aspiration, exprimée par une majorité de jeunes médecins, d'exercer une activité salariée. La Coordination nationale souhaite, en lien avec des structures publiques hospitalières de proximité renforcées, que l'exercice collectif de la médecine de premier recours soit largement promu. Pour des raisons d'égalité d'accès aux soins, les Centres de santé, pratiquant le tiers payant souvent intégral, le refus de tout dépassement d'honoraires, et développant une vision centrée sur un usager aussi autonome que possible et acteur de sa propre santé, doivent être préférés aux maisons de santé qui peuvent librement s'affranchir de tout ou partie de ces obligations.

Ce développement de centres collectifs doit se faire sur tout le territoire, en ayant souci de l'égalité territoriale; un effort systématique d'aménagement équilibré du territoire doit remplacer les démarches locales et isolées et trop souvent sans plan d'ensemble menées actuellement.

Quelles sont les mesures à mettre en œuvre dans les trois premiers mois ?

Sur ces bases, plusieurs axes doivent être engagés à court terme afin d'obtenir :

1°) la prise des mesures urgentes, notamment :

- l'arrêt immédiat de toutes les restructurations
- la levée de l'étranglement financier des hôpitaux avec entre autres mesures : relèvement de l'ONDAM, arrêt de la convergence tarifaire public-privé, réorientation de l'argent public vers le public (pour ce qui concerne les nouvelles enveloppes en investissement et en fonctionnement).

2°) la mise en chantier de deux nouvelles lois dont le vote devrait intervenir dans les premiers mois de la mandature :

2.1. une loi qui refonde la politique de santé, redéfinisse les territoires de santé en fonction des besoins réels des personnes et des territoires, instaure le fonctionnement démocratique des instances sanitaires (aux niveaux local, régional et national) et garantit l'égalité d'accès aux soins par l'exigence de structures hospitalières et ambulatoires de proximité.

2.2. une loi qui refonde le financement de la Sécurité Sociale et réforme le mode de financement des établissements de santé de façon à garantir autant que faire se peut les équilibres financiers publics et la prise en compte de l'égalité territoriale en matière de santé.

3°) le vote d'une loi qui amende les dispositifs actuels de remboursement des dépenses de santé, prévoit la diminution progressive de tous les restes à charge, dont la suppression le plus rapidement possible des dépassements d'honoraires et la ferme condamnation de tous les « *dessous-de-table* » et de tous les refus de soins.

Comment financer-vous vos propositions ?

S'agissant du besoin de financement résultant de ces dispositions, nul ne peut prétendre le résoudre d'un trait de plume ni détenir la bonne et unique solution.

Pour la Coordination, plusieurs pistes doivent être simultanément explorées : suppression des exonérations de cotisations sociales qui se révèlent stériles en matière d'emploi, élargissement de l'assiette des cotisations par suppression des niches existantes, modification du plafond de Sécurité Sociale, calcul des cotisations patronales sur la valeur ajoutée produite, réforme fiscale, taxations d'autres sources de revenus ou de profit...

Ces méthodes devront de toute manière être appliquées dans un sens favorable à toute la population ; elles devront être transparentes, décidées et contrôlées démocratiquement. Elles seront évidemment susceptibles d'être remises en cause, ou améliorées.

Nous n'avons pas pris de décisions normatives en ce sens car notre organisation respecte le pluralisme de ses membres, et il est notoire que les syndicats et partis politiques sont sur ce point divisés.

En guise de conclusion : Le droit à la santé est inscrit dans notre constitution, mais de moins en moins réellement assuré. Trop de nos concitoyens sont aujourd'hui dans l'impossibilité de l'exercer, et leur nombre augmente sans cesse. Cette situation exige d'être rapidement corrigée par une politique de santé s'attachant à réduire les inégalités sociales et territoriales d'accès aux soins, à garantir partout la permanence des soins ambulatoires et la présence de services publics hospitaliers de proximité, et à concilier partout intérêt général et attentes de la population.

Annexe : Le Socle commun de Notre Santé En Danger⁽²⁰⁾

L'accès aux soins de proximité

Ce que nous voulons :

- l'accès aux soins pour toutes et tous partout et à tout instant.

Ce que nous refusons :

- toutes les mesures qui tendent à la sélection et à l'exclusion des patients,
- les franchises et autres forfaits,
- les dépassements d'honoraires,
- le déremboursement des médicaments,
- les restrictions croissantes sur les Affections de Longue Durée (ALD) telle que l'hypertension artérielle sévère,
- les restrictions sur la Couverture Maladie Universelle (CMU) et l'Aide Médicale d'État (AME).

Un service public présent partout et efficace

Ce que nous voulons :

- un système public de santé (incluant les soins primaires, la prévention, l'information, la lutte en amont contre les causes des maladies), un secteur médico-social et social, public et associatif, développés sur tout le territoire, dotés de moyens suffisants pour répondre aux besoins de toute la population,
- un service public de l'hébergement d'urgence et du logement, sans conditions d'accès ni restrictions aucune, pour les droits de tous les précaires,
- un secteur hospitalier public assurant l'accès à des soins de qualité et de proximité en coordination avec l'ensemble des professionnels de la santé, et avec toutes les parties concernées,
- le maintien et le développement des structures de proximité : centres de santé, centres d'IVG, centres médico-psychologiques, centres d'accueil d'urgence...,
- un plan d'urgence pour la médecine scolaire et du travail,
- un secteur psychiatrique public coordonnant et assurant la continuité des soins,

- l'augmentation du nombre de professionnels de santé formés, un recrutement à la hauteur des besoins et l'exigence d'une répartition équilibrée sur tout le territoire,
- une recherche publique indépendante,
- une politique publique du médicament intégrant la recherche, la production et le contrôle.

Ce que nous refusons :

- les suppressions d'emplois, les suppressions d'activités, les fermetures de services, les regroupements autoritaires dans tous les secteurs de la santé, du médico-social et du social,
- le démantèlement de la psychiatrie publique et toute instrumentalisation sécuritaire de celle-ci,
- l'application de critères de rentabilité financière à l'hôpital et dans tous les établissements,
- la privatisation des activités et des établissements.

Un financement solidaire

Ce que nous voulons :

- une protection sociale, ouverte à toute la population, basée sur le principe « chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins »,
- la prise en charge de la perte d'autonomie dans le cadre de la sécurité sociale avec la garantie d'un droit universel assuré à 100 %,
- une évolution vers la suppression de tous les « restes à charge ».

Ce que nous refusons :

- tout transfert de prestations de l'assurance-maladie obligatoire vers les complémentaires/assurances privées,
- les exonérations de la part patronale des cotisations sociales,
- les enveloppes budgétaires fermées et la tarification à l'activité (T2A) conduisant à l'étranglement financier des établissements et structures.

La démocratie

Ce que nous voulons :

- la définition démocratique des besoins de la population, l'élaboration et le suivi des projets, associant usagers, professionnels, élus, sur un plan d'égalité,
- une réelle représentativité des usagers, des personnels et des élus dans les instances décisionnelles à tous les niveaux.

Ce que nous refusons :

- le tout pouvoir autoritaire des ARS, Agences Régionales de Santé,
- la nouvelle gouvernance hospitalière,
- le découpage arbitraire des territoires de santé.

C'est pour tout cela que nous exigeons l'abrogation de la loi HPST et l'arrêt immédiat de toutes les fermetures et restructurations.

²⁰ Premiers signataires : (décembre 2011)

Associatifs : Act-Up Paris, Act-Up Toulouse, Association nationale des centres d'IVG (ANCIC), Appel des appels, ATTAC, Collectif hypertension, Collectif national pour les droits des femmes (CNDF), Collectif 20°-Tenon, Coordination Santé Solidarité Gironde (COSS33) Coordination nationale des associations pour le droit à l'avortement et à la contraception (CADAC), Convergence des collectifs de défense et de développement des services publics, Coordination nationale des comités de défense des hôpitaux et maternités de proximité, Ensemble pour une santé solidaire, Femmes Égalité, Femmes solidaires, Handisocial, Ligue des droits de l'homme, La santé n'est pas une marchandise, La santé un droit pour tous, Réseau éducation populaire, Résistance sociale, Union des familles laïques.

Politiques : Alternative libertaire, Fédération pour une alternative sociale et écologique (FASE), les Alternatifs, Europe Écologie les Verts, Gauche unitaire, Lutte ouvrière, Nouveau parti anticapitaliste, Parti communiste français, Parti communiste des ouvriers de France, Parti de Gauche, Parti des radicaux de gauche, République et socialisme, Union Démocratique Bretonne.

Syndicaux : Confédération générale du travail (CGT), Fédération CGT Santé Action Sociale, Fédération SUD Protection Sociale, Fédération SUD Santé Sociaux, Fédération syndicale unitaire (FSU), Syndicat de la médecine générale (SMG), Syndicat national des professionnels de santé au travail (SNPST), Union confédérale des médecins salariés de France, Union syndicale de la psychiatrie (USP), Union syndicale Solidaires.

Contribution de M. le D^r Beaupin

NDLR: *Le D^r Alain Beaupin est Médecin généraliste, médecin directeur du centre municipal de santé de la ville de Vitry (94) et Président de l'Union confédérale des médecins salariés de France regroupant les médecins de centres de santé, de PMI, les médecins scolaires, les médecins inspecteurs de la santé. Il est l'ancien Président du Conseil National de la Formation Médicale Continue des Médecins Salariés.*

Nous sommes en mai 2012, un nouveau président de la République vient d'être élu, le gouvernement est installé, le ministre de la santé vient de prendre ses fonctions. Il appartient à une famille politique à laquelle j'ai apporté mon soutien. Et de surcroît il sollicite mes conseils. Tout cela est très improbable, mais après tout le mot impossible n'a pas cours en politique. Je viens d'être sollicité par l'Elysée et par Matignon, j'ai choisi de réserver mes conseils au ministre chargé de la santé. Le périmètre de ses attributions est suffisant, il est dans l'opérationnel, ça me va bien. On part pour 5 ans, c'est à la fois long et très court. Et ça pourrait être beaucoup plus court si entre-temps on se plantait sur un ou deux dossiers. Par quoi commencer? Le programme? Il est connu, il est public, il a été approuvé par les Français. Dès janvier 2012 on le trouvait en ligne sur le site de campagne⁽²¹⁾. Comment le réaliser? Comment faire passer dans la vraie vie, des idées qui ne sont encore que paroles et mots flottant dans l'éther?

D'éminentes personnalités ont tracé la route, à laquelle on se référera dans ces pages ou ailleurs⁽²²⁾. Pour ne pas lasser le lecteur par des redites, je me propose de mettre en lumière quelques points clefs. Je vais m'efforcer de décrire d'un point de vue un peu décalé les mesures à adopter, et d'attirer l'attention de tous sur quelques obstacles mal signalés sur les cartes de navigation, susceptibles de contrarier sérieusement le capitaine qui les découvrirait un peu tard. Dans le cadre de cet exposé, je les traduis en huit principes.

Médecins et politiques, rétablir le dialogue

Premier principe, ce serait une gageure de prétendre bâtir une politique de santé sans les médecins, ou pire encore contre les médecins. Formulé autrement, demandons-nous comment la puissance publique peut s'appuyer sur la médecine pour servir l'intérêt général.

Le terrain d'opposition classique entre médical et politique, c'est l'économique. Les dépenses sont toujours excessives si l'on se place du point de vue du politique, les ressources ne sont jamais suffisantes si l'on adopte celui des professionnels. D'un côté le politique, animé par des préoccupations de gestion des ressources. De l'autre, les médecins et l'ensemble des acteurs du soin, aux yeux de qui il serait intolérable de ne pas faire bénéficier des meilleurs soins chacun de leurs patients. Avec le soutien manifeste de ces derniers.

Chacun est dans son rôle. D'un côté ceux qui répartissent les ressources, fixent les tarifs, autorisent les équipements lourds et les hôpitaux, de l'autre ceux qui utilisent ces mêmes ressources, prescrivent et opèrent.

Problème, dans ce jeu qui dure depuis quelques décennies, les politiques et leurs serviteurs enragent de leur incapacité à contenir autant qu'ils le voudraient les dépenses de santé. La rancœur s'est ainsi installée année après année, notamment dans la technostructure proche de la gauche gestionnaire. De l'autre côté, les médecins se sont collectivement installés dans une posture corporatiste, partagés entre la tentation du repli identitaire et la nécessité de collaborer avec l'ennemi pour préserver le quotidien.

Les professionnels aspirent à la reconnaissance

Que faut-il penser des médecins à dépassement d'honoraire et des médecins du secteur 2 dont on parle beaucoup? Le discours habituel les stigmatise. C'est honteux, ils se servent dans la poche des malades afin d'améliorer leur confort de vie personnel, ils détériorent l'accès aux soins, ils aggravent les inégalités sociales de santé. On peut le voir comme ça. Cette interprétation est largement partagée par nos concitoyens, du moins sur un plan général. Les attitudes individuelles sont beaucoup plus ambiguës. Mais c'est un autre sujet. Cependant, ce serait une erreur de s'en tenir à un simple jugement moral. On doit s'interroger sur les autres raisons, moins apparentes. Il existe en effet une autre interprétation à cette épidémie des dépassements d'honoraires, interprétation qui n'est au demeurant pas exclusive de la précédente. Si des médecins augmentent leurs tarifs c'est aussi par un

²¹ <http://www.placeaurope2012.fr/sante/>

²² André GRIMALDI, Didier TABUTEAU, François BOURDILLON, Frédéric PIERRU, Olivier LYON-CAEN, Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire, Odile Jacob, 2011.

besoin irréprouvable d'améliorer leur reconnaissance sociale. Je m'explique. L'adage est connu : dans une société qui a érigé l'argent en valeur cardinale, chacun vaut ce qu'il est payé. Lorsque les médecins réclament plus d'argent, c'est la traduction d'un besoin de reconnaissance. Reconnaissance qu'ils ne trouvent pas ou ne trouvent plus sur un plan professionnel. N'oublions jamais que la médecine et les professions du soin sont des métiers de vocation. Ca en fait des métiers à part aux yeux de la société. Essayons par conséquent de retrouver le chemin de cette corde sensible, l'altruisme, enfouie en chaque soignant, plutôt que de faire tinter quelques piécettes de leur porte-monnaie, à la manière de ces fadaïses du paiement à la « performance » dont les effets délétères sont avérés de par le monde.

Ce besoin de reconnaissance est une formidable opportunité pour renouer le dialogue avec le corps médical. Ce serait une faute de ne pas s'en saisir. A défaut, nous resterions embourbés dans les ornières creusées par les équipes gouvernementales précédentes. Nous reproduirions les politiques traditionnelles, affectées de périodiques mouvements de balancier. Je serre la vis, je la desserre et ainsi de suite, au gré de l'humeur supposée de l'opinion du peuple, de l'opinion médicale, et des échéances électorales. En ouvrant le dialogue social avec les médecins, et plus généralement avec les personnels soignants, nous contournons le piège du débat financier, pauvre en marges de manœuvres, spécialement dans la période actuelle.

Identifier les jeux de pouvoirs, pour en composer un savant équilibre

Le Ministre aura à faire avec le pouvoir médical, mais aussi avec celui des énarques et ceux des administrations centrales. Les médecins n'aiment pas les énarques, les énarques n'aiment pas les médecins, tout le monde le sait. Les médecins pillent de façon imméritée des ressources socialisées. Ils réalisent des actes injustifiés, affirment les énarques, souvent à juste titre. En médecine générale de ville, il ne se passe pas de semaine sans que je ne m'entende rapporter par un patient ou un collègue des histoires d'actes médicaux réalisés de façon abusive. Une coloscopie par ci, un scanner par là, une épreuve fonctionnelle respiratoire au cas où, une surveillance programmée sans nécessité médicale. Pas de francs abus, encore que cela puisse arriver. Plutôt des indications un peu excessives. Rien de punissable. Mais bout à bout, ces petits arrangements avec la science représentent beaucoup d'argent. Plus grave que l'aspect financier, ces comportements sont des fautes éthiques du quotidien. Alors qu'avant tout sur le plan de l'éthique, un médecin se doit d'être irréprochable. Quand le phénomène ne concernait que le privé, le monde qui nous entourait était en

ordre, les méchants du privé d'un côté, les vertueux du public de l'autre. Mais la situation a changé avec l'arrivée du paiement à l'activité dans le public. Je ne développerai pas l'idée dans ses pages, elle est largement partagée. Jusqu'à aujourd'hui, mais je sais que ça va changer, nous allons y travailler, un établissement de santé, un centre de santé par exemple, qui équilibrait son budget en multipliant des actes basiques au contenu intellectuel indigent était tenu en haute estime par ses gestionnaires et leurs tutelles, alors qu'en réalité il inscrivait sa production médicale dans une inutile et coûteuse médicalisation des existences aux frais des assurances sociales. Jusqu'à il y a peu, sur la base d'apparences comptables si facilement perceptibles par les paresseux et les ignorants, on stigmatisait les pratiques d'équipe à l'écoute des patients, de leurs craintes ou de leurs angoisses, les pratiques économes d'investigations et de prescriptions, les pratiques économes de ressources collectives et d'effets indésirables pour les patients. Toujours est-il que ce sont nos énarques, gestionnaires et autres serviteurs de la chose publique qui ont conçu, développé et appliqué ces systèmes de pensée délétères. Eux aussi, comme les médecins, ont fait taire leur éthique. Médecins, énarques, un point partout. Chacun contre son camp.

Si d'aventure un Ministre me demandait mon avis, je lui recommanderais de ne pas suivre le corps médical, qu'il soit soignant ou de santé publique, de ne pas suivre ses administrations centrales, mais au contraire de diriger en fixant lui-même ses propres règles du jeu. Qu'il est confortable d'arriver à gouverner au centre et de conserver son énergie pour avancer!

En finir avec le « new public management »

Il n'est que temps de tourner cette page de notre histoire sociale dont l'époque Bachelot a constitué le point d'orgue dans le secteur sanitaire. Il serait inutile d'afficher des intentions générales vertueuses, si la réalité de terrain vécue par les professionnels et les patients devait rester inchangée. Il faut tordre le cou au « nouveau management public ». A l'hôpital, dans les ARS, dans les organisations du secteur sanitaire, il faut cesser d'alimenter en oxygène les nouveaux managers et leurs méthodes de management venues du monde du productivisme⁽²³⁾. Il faut tarir la source idéologique qui a irrigué la pensée collective de ces deux ou trois dernières décennies. Elle n'entraîne qu'autoritarisme, désorganisation et réorganisation, irréalisme des objectifs, mise sous pression des individus, évaluation individuelle, primes au mérite, mises en situation d'incompétence et injonctions paradoxales. Les politiques publiques doivent cesser d'instrumentaliser ces

²³ <http://www.lescentresdesante.com/IMG/pdf/seminaireUCMSF-2.pdf> et Danièle LINHART, Travailler sans les autres, Seuil, 2009

esclaves sans culture, ces nouveaux maîtres de leur petit monde, dont la vision se réduit à leur institution, à leur direction, à leur bureau. Abolissons l'esclavage! Ouvrons les portes et les fenêtres à la culture, à la confrontation, à la diversité des systèmes de pensée! N'essayons pas d'éviter ce sujet, l'échec politique serait garanti.

Revivifier la pensée médicale

Mais, à ce stade de cet exposé, nous n'en sommes encore qu'à la périphérie du sujet. En effet, nous ne parlons pas seulement au ministre des administrations de la santé, mais aussi et surtout au ministre de la santé.

Il est un territoire de la pensée humaine complètement délaissé de nos jours, c'est celui de la pensée médicale. Les Ivan Illich⁽²⁴⁾, Petr Skrabanek⁽²⁵⁾ ou Mirko Grmek⁽²⁶⁾ pour ne citer qu'eux, attendent leurs successeurs depuis bien longtemps. La pensée humaniste s'est tarie⁽²⁷⁾. C'est fou le nombre de disciplines qui s'intéressent à la santé. Les économistes bien sûr, à qui on fait dire le plus souvent des choses qu'ils n'ont jamais écrites. Les sociologues, qui produisent des travaux passionnants, mais aussi les anthropologues, les géographes et tant d'autres.

Pendant ce temps, les médecins sont occupés à mettre en place, avec une kyrielle de méthodologistes et autres auditeurs, des normes, des référentiels, des procédures, des check-lists, des audits cliniques. On accrédite, on certifie, on valide, on re-certifie. On vit une dramatique pénurie de mots pour contenir l'ensemble des processus qu'engendre la soif inextinguible de sécurisation des responsables hiérarchiques. On vient à peine d'installer le dispositif de formation médicale continue obligatoire, puis d'évaluation des pratiques professionnelles elle aussi obligatoire, qu'on les remplace par plus fort encore, le développement professionnel continu. Obligatoire bien évidemment. Au passage on l'étend à tous les personnels soignants. Quand je dis on l'étend, je parle du « concept » et non pas de l'action. Toute la beauté du geste est dans l'idée. Peu importe l'action. Tout se passe comme si l'idée, le virtuel, le magique tenait lieu de réalité.

Comment expliquer le fantastique succès de thématiques qui resteront pour l'essentiel, aux yeux de la posté-

rité j'en prends ici le pari, d'affligeantes impostures? Il y a certainement plusieurs niveaux d'explications.

Le premier motif est très trivial, c'est l'intérêt matériel des acteurs du processus. Dans notre société mercantile, ce moteur est d'une puissance épatante. Toutes ces normes font vivre bien du monde, infiniment plus de monde que les légitimes fonctions de contrôle, de sécurité, et d'organisation ne le nécessiteraient. Mais cependant les explications alimentaires ne suffisent pas.

Seconde explication, toutes ces béquilles conceptuelles répondent, pour une large part, à un immense besoin de sécurité de la part des responsables œuvrant à tous les niveaux dans les rouages d'un système ayant introduit la défiance en principe de gouvernement. Faute d'être capable de faire confiance, on est contraint de toujours plus contrôler. Mieux encore que le contrôle, on persuade les sujets de s'autocontrôler. Les barreaux de prison les plus résistants sont ceux que l'on réussit à placer dans les esprits.

Remettre l'humain au centre

Il existe une troisième explication, la principale: la médecine et les politiques de santé ont perdu de vue leur objet central, l'humain. L'observation est bien connue, elle est amplement documentée⁽²⁸⁾ depuis quelques décennies. La médecine a considérablement évolué. Les techniques occupent désormais une place essentielle dans la démarche médicale et dans le soin. J'ai écrit « une place essentielle », ce qui est exact, mais à défaut d'une pensée médicale collective capable de penser la nouvelle place de la technique dans la médecine, tout se passe comme si la technique occupait désormais une place **centrale**.

Le terrain de la pensée médicale étant insuffisamment occupé, la pensée technique a su proliférer sur l'espace laissé vacant. La pensée technique s'est installée avec son cortège de routines issues de l'industrie et du pilotage des avions à moteur. La « qualité », les « process » et tous ces concepts qui ont pour finalité exclusive la production de biens matériels. Rien à voir avec la médecine, dont la finalité est d'agir sur la vie des gens, à tous les sens de l'expression. Que la technique fonctionne, à la perfection naturellement, c'est le moins qu'on puisse attendre d'elle. Mais c'est tout ce qu'on lui demande. Pour tout le reste, il y a des femmes et des hommes qui soignent. Il est temps de ramener la technique au rang des moyens et de cesser d'écouter ses représentants qui voudraient nous faire croire qu'elle est devenue la finalité. Au risque de peiner mes amis à qui l'idée n'est pas venue que cette

²⁴ Ivan ILLICH, *Némésis médicale*, Seuil, 1975

²⁵ Petr SKRABANEK, *La fin de la médecine à visage humain*, Odile Jacob, 1995, et aussi *Idées folles et idées fausses en médecine*, avec James Mc CORMICK, Odile Jacob, 1992

²⁶ Mirko D. GRMEK (sous la direction de), *Histoire de la pensée médicale en Occident*, 3 tomes, Seuil, 1995

²⁷ A part quelques exceptions, comme par exemple Luc PERINO, *A quoi sert vraiment un médecin?* Armand Colin, 2011

²⁸ Parmi les nombreux ouvrages disponibles, citons PIERRU Frédéric, *Hippocrate malade ses réformes*, éditions du croquant, 2007; GORI Roland, DEL VOLGO Marie-José, *La santé totalitaire*, Denoël, 2005.

observation s'appliquait à tout le monde, donc aussi à leur discipline et pas seulement à celles des autres, je vais insister là où ça fait mal. Toutes les disciplines médicales, tous les corps professionnels, toutes les composantes, les praticiens comme les universitaires, tous sont exposés. La médecine générale pour balayer dans mon jardin, au sein de laquelle on élabore moult protocoles, en perdant de vue que, jusqu'à preuve du contraire, tout ce qui peut être protocolé peut aussi être délégué, voire transféré, à des paramédicaux. Mais aussi la santé publique qu'on aurait tort d'oublier. La santé publique est d'autant plus exposée que dans son combat hérité de la guerre froide, pour exister face à la médecine de soin perçue comme inféodée aux entreprises capitalistes, elle a quasiment théorisé sa rupture avec la discipline médicale. Au point qu'elle rencontre un sérieux problème. Que lui reste-t-il comme bagage théorique? Les statistiques, l'épidémiologie, si l'on en croit certains universitaires, donc la simple technique. Et comme ça fait un peu juste pour exister, elle grignote sur les disciplines voisines, comme l'économie de la santé, et plus encore sur la politique. Au point d'introduire une confusion ennuyeuse entre compétences professionnelles et décisions politiques. On dira que j'exagère? Les meilleurs auteurs relèvent pourtant que « la santé publique ne dispose pas d'une définition admise par tous⁽²⁹⁾. »

Impulser une ambitieuse politique de recherche clinique

Il faut donc revivifier la pensée médicale dans toutes ses composantes, dans un continuum entre la clinique individuelle et la médecine des populations humaines. Certains relèveront que ce n'est pas le rôle de l'Etat de s'immiscer dans la définition de l'art médical. Ils auront raison. Il faut donc se garder de chercher à remplacer ce qui commençait à ressembler à une science officielle, par une autre science officielle.

L'affaire du Médiateur a révélé aux yeux ébahis de nos concitoyens la dépendance intellectuelle du corps médical vis-à-vis des industriels. Xavier Bertrand a commencé à en tirer les leçons⁽³⁰⁾. La Loi sur le médicament du 29 décembre 2011 a notamment instauré l'obligation de déclarer et de gérer les conflits d'intérêt, en particulier dans les agences sanitaires.

Pour autant, même si l'identification et la gestion des conflits d'intérêt étaient réalisées à la perfection, ce qui

reste une hypothèse, un sujet essentiel n'est jamais évoqué dans le débat public: pourquoi existe-t-il des conflits d'intérêt? Pourquoi la quasi-totalité des praticiens de la recherche clinique reçoivent-ils des subsides personnels ou institutionnels de la part des industriels? A cela plusieurs réponses, dont la principale est à mes yeux l'insuffisance de financement de la recherche clinique. Pour être plus précis, le financement n'est pas insuffisant. Mais son affectation est laissée à la discrétion des industriels, alors qu'en vérité le financement est assuré par l'assurance-maladie, le payeur final.

Tout se passe comme si l'assurance-maladie déléguait implicitement, et à son corps défendant, le financement de la recherche clinique à l'industrie. Combien coûte la recherche clinique en France? Quelles sont les masses financières en jeu? Combien faudrait-il prélever sur l'industrie pour alimenter un fonds dédié à la recherche clinique?

Quel bénéfice la collectivité pourrait-elle retirer si la recherche clinique était réorientée sur la médecine de premier recours, la prévention, les prises en charge non médicamenteuses, les pathologies liées au travail ou à l'environnement?

Voici quelques questions autour desquelles devra s'organiser le débat public en lien avec le parlement, les ministères chargés de l'enseignement supérieur et de la recherche.

La sécurité des patients

Ce sera mon huitième et dernier point, en guise de conclusion et d'ouverture sur de futurs débats qui dépassent le cadre de cet exposé. Après le Médiateur, c'est l'affaire des prothèses PIP qui fait l'actualité. Le sang contaminé est resté dans nos mémoires. Les prochaines affaires sont déjà sur les rails. D'où les crises surgiront-elles? Quand surviendront-elles? Quelles seront les responsabilités du gouvernement et des organismes officiels? Les responsabilités des patients aux aspirations immatures, et celles des soignants habités de velléités de toute puissance? Quel rôle jouera l'organisation sociale? Quel aura été l'impact de nos modes de vie contemporains? Sous quelle forme, sournoise ou explosive, le déséquilibre entre notre espèce, l'espèce humaine, et les autres espèces se manifesterait-il sur une planète devenue trop petite⁽³¹⁾? Une chose est certaine, ça arrivera. Sachons anticiper. Faisons de ces risques un moteur pour l'action

²⁹ François BOURDILLON, Gilles BRUCKER et Didier TABUTEAU (dir.), *Traité de santé publique*, 2^e éd., Paris, Médecine-sciences Flammarion, 2007, p.1.

³⁰ Le principe d'une taxe sur l'industrie du médicament a été adopté pour financer la formation continue des médecins comme le demandaient les organisations de médecins salariés, <http://www.lescentresdesante.com>

³¹ Sur le risque infectieux, voir notamment Norbert GUALDE, *Comprendre les épidémies la coévolution des microbes et des hommes*, Les empêchements de penser en rond/Le Seuil, 2006; sur l'espèce humaine voir Albert JACQUARD, *l'explosion démographique*, Editions le pommier, 2006.

immédiate. Mettons notre système de santé et nos acteurs sanitaires en ordre de marche. Et d'ailleurs, en réalité, la crise a déjà commencé. Les infections nosocomiales, les évènements indésirables graves, les parcours de soins erratiques, les ruptures de prise en charge témoignent dès à présent de nos insuffisances⁽³²⁾. Quand on commence à regarder dans le détail, on s'étonne de la capacité des opérateurs de soins à unir leurs efforts dans un formidable désordre pour générer de coûteuses bêtises, au détriment des patients.

Les postures institutionnelles, les murailles défensives de nos citadelles ne tiendront pas longtemps face à la réalité de faits au cours desquels tant de patients et de familles souffrent dans leur chair. « Primum non nocere, » d'abord ne pas nuire, telle est la nécessité première de la médecine, adoptons cette exigence pour l'ensemble de notre système de soins. C'est le moment de faire de la sécurité des patients l'axe fédérateur des politiques publiques, des acteurs du soin et de ceux la prévention.

³² Ceux qui pensent que ça ne concerne que l'hôpital consulteront utilement Jean BRAMI et René AMALBERTI, *La sécurité du patient en médecine générale*, Springer-Verlag France, 2010.

Contribution de M^{me} Virginie Le Torrec

NDLR: *M^{me} Virginie Le Torrec est maire adjointe de la Ville de Saint-Denis, déléguée à la Santé, membre d'Utopia, de la FEVE et d'EELV, administratrice de l'association « Elus, Santé publique et Territoires » et de la Fédération Nationale des Centres de Santé. Elle est chargée de communication dans le secteur associatif.*

La santé est l'une des premières préoccupations des Français. Eva Joly en a fait le 14 janvier à Rennes un thème fort de sa campagne en consacrant une journée à une convention sur la crise sanitaire et sur le projet des écologistes pour y répondre.

Ce projet, élaboré au sein d'Europe Ecologie Les Verts par une commission santé est un projet de transformation profonde du système de santé et de son mode de financement. Il tient en quelques mots : santé environnementale et prévention, gouvernance plus transparente, visée de solidarité et service du public. J'en reprends ici les articulations et propositions principales qui sont également citées dans l'appel, « Pour une santé écologiste et solidaire » et figurent dans le programme « Vivre mieux ».

Assez méconnu, le projet écologiste s'appuie sur une analyse de l'épidémie de maladies chroniques que connaît la France. Il relie cette crise sanitaire à la crise écologique à laquelle nous devons faire face, à des modes de vie et un environnement de vie défavorables à la santé (expositions à des pollutions de l'air, de l'eau, de l'alimentation, mais aussi rythmes de vie et relations sociales dégradées). Diabète, obésité, cancers, asthme, allergies, maladies neurologiques, souffrance au travail, souffrance psychique progressent plus vite que les progrès de la médecine et en même temps, la connaissance des facteurs de risque indique que la plupart seraient évitables. Pour les écologistes, inverser la croissance de ces maladies de civilisation, un changement de paradigme est nécessaire. Il est ainsi grand temps que les acquis de la santé environnementale soient mis à profit pour repenser la politique de santé. Dans ce contexte, un bon système de santé doit s'appuyer sur une politique volontariste et correctement financée de prévention et pas seulement proposer une organisation des soins.

Le projet écologiste porte également une forte attention au creusement des inégalités sociales de santé. Les écarts d'espérance de vie, de mortalité prématurée entre classes sociales ne sont aujourd'hui pas réduits par le système de santé et la crise sanitaire actuelle est le résultat de ces inégalités. On observe ainsi qu'une boucle des inégalités expose une partie de la population à un cumul de facteurs sociaux et environnementaux défavorables : comment rester en bonne santé quand on fait face simul-

tanément à des difficultés financières, que l'on vit dans un logement insalubre ou sur-occupé, que l'environnement de travail est stressant, que l'on ne peut accéder qu'à une alimentation industrielle. Les inégalités sont d'ailleurs observables très tôt dans la vie, en témoignent les indicateurs d'obésité ou le fait que les enfants d'ouvriers ont 17 fois moins de chance de voir leurs caries soignées que les enfants de cadres. Ces inégalités sont redoublées par la répartition très inégale des professionnels de santé sur le territoire français. C'est finalement une mécanique assez implacable de gradient environnemental/social qui est à l'œuvre : plus une population est socialement fragile, plus la probabilité qu'elle soit exposée à des risques environnementaux est forte et plus elle va rencontrer de difficultés à accéder au système de soins, et notamment aux soins de premier recours.

Face à ces constats, les écologistes portent un projet de santé solidaire orienté par la non lucrativité. Il est notable que dans le débat actuel sur les politiques de santé, les écologistes sont les seuls à interroger le déficit de la sécurité sociale autrement qu'en termes financiers, et les seuls à chercher d'autres solutions que la taxation et le transfert de charges sur les ménages. Nous faisons le pari qu'un investissement sur la prévention limiterait les coûts d'une dégradation de la santé de population amenée par des conditions de vie défavorables. Nous faisons également le pari que l'attention à une meilleure coordination des soins de premier recours conforterait l'accès aux soins de toute la population, son accès à la prévention et aurait des effets vertueux sur le financement du système de santé.

Cela suppose, notamment en matière d'offre de soins, de faire des choix et de soutenir ce qui contribue à l'accessibilité territoriale et sociale à des soins de qualité. Les professionnels de santé sont aujourd'hui inégalement répartis sur le territoire ; certains ne jouent pas le jeu et pratiquent des tarifs qui excluent d'emblée une part importante de la population mais surtout on constate l'épuisement du modèle libéral individuel auquel n'aspirent plus la très grande majorité des jeunes professionnels de santé. Mettons ces questions sur la table non par esprit de division mais pour rester sur l'essentiel : l'objectif est de créer les conditions pour soigner toute la population parce que le droit à la santé est un droit fondamental et qu'il s'agit de porter un projet de société solidaire et durable.

Les centres de santé, l'hôpital public, les acteurs du secteur non lucratif, le secteur ambulatoire pratiquant des tarifs de secteur 1 et le tiers payant contribuent à rendre les soins accessibles à tous mais aujourd'hui ceux qui développent des solutions en créant par exemple des structures regroupées implantées en zone urbaine sensible comme par exemple la Place santé dans le quartier du Franc Moisin à Saint-Denis ne sont soutenus qu'au démarrage: l'accompagnement aux démarches d'accès aux droits santé, les frais de structures que les lieux de soins de santé coordonnés supportent, qu'ils soient maison de santé ou centres de santé ne sont pas pris en compte par des financements banalisés et pérennes comme ils le devraient. C'est un point crucial. Conditionner l'octroi d'aides publiques à l'accessibilité effective aux soins et à la prévention permise par la structure aidée est une proposition d'action à mettre en œuvre immédiatement en prévoyant un traitement analogue pour les maisons de santé et les centres de santé.

L'approche portée par les écologistes va à rebours de ce qui a été mené depuis 10 ans dans une logique néolibérale et comptable indifférente au développement durable. On observe ainsi que les choix publics ont surtout consisté à reporter la charge des soins sur les patients, via l'augmentation des "reste à charge" dont les franchises médicales, les déremboursements ou l'augmentation du forfait hospitalier sont les formes les plus connues. Ces choix découlent d'une théorie de responsabilisation du patient inefficace et idéologique qui pénalise les malades sans agir sur les causes de l'accroissement simultané des dépenses de santé et des maladies chroniques. Dans le même mouvement, les 10 dernières années ont vu l'hôpital public être profondément fragilisé par sa mise en concurrence avec le secteur lucratif et les structures de prévention organisée (PMI, santé scolaire, politiques de dépistage, médecine du travail...) dépérir faute d'une volonté politique de les faire évoluer pour les conforter. Derrière ces évolutions, se glisse une idée constante: les dépenses publiques de santé sont illégitimes et doivent être limitées. Cette approche est évidemment aux antipodes de ce que les écologistes proposent car l'investissement de la collectivité sur la santé des personnes est nécessairement au cœur d'un projet de développement durable. Cette approche est de plus contestable: certains économistes situent dans une fourchette haute, environ 15 % du PIB les dépenses publiques de santé supportables et nécessaires.

Il est urgent de repenser la gouvernance de la santé car la remise en cause d'un système de santé pour tous se fait sans vrais débats avec la population et aux dépens des plus fragiles. Cela est permis par le fait que les questions de santé sont sous-politisées: captées par les professionnels, fortement technicisées, structurées par les interven-

tions de lobbys puissants (industries pharmaceutiques, agro-alimentaires, chimiques, tabac et alcool).

De plus, faute d'une gouvernance démocratique, les questions de santé sont rarement mises en débat comme un projet de société et la condition d'un développement durable et solidaire. Elles sont souvent cantonnées à des questions de soins et ancrées dans un débat médical et financier alors même qu'une prise en compte des impacts santé de l'ensemble des politiques publiques devrait être menée: comment l'urbanisme influe-t-il sur la sédentarité en permettant ou non la marche, les déplacements doux? Comment les politiques d'emploi jouent-elles sur la souffrance au travail et ses corollaires, consommation d'anxiolytiques et arrêts maladie? Comment les politiques agricoles et d'alimentation influencent-elles la santé des populations? Faut-il continuer à tolérer que les produits consommés soient contaminés par les pesticides ou que des produits de la vie courante soient de véritables poisons mais restent commercialisables sans information du consommateur? Face à la répétition récente de scandales de santé publique (PIP, médiateur), organiser la transparence des décisions de mise sur le marché des produits de santé et contraindre l'industrie à rendre des comptes sur l'innocuité des molécules utilisées ou de leur association est la condition pour mener une politique de changement.

Il est temps de placer l'intérêt de la population devant celui des lobbys qu'ils soient professionnels ou industriels. Cela signifie s'appuyer sur les acquis de la recherche en santé environnementale et ouvrir avec vigueur certaines questions comme la perturbation endocrinienne et les expositions chimiques, intégrer à une politique de santé les impacts sur la santé de l'ensemble des politiques publiques, bref cesser de faire de la santé une variable d'ajustement des autres politiques publiques (emploi, industrie etc.). La santé ne peut être continuellement la variable d'ajustement d'autres politiques et l'un des enjeux des années à venir est que la législation au sens large soit mobilisée pour limiter les impacts défavorables à la santé. Une plus grande transparence du système de santé suppose que les citoyens puissent saisir des instances indépendantes en cas de dysfonctionnement et que les lanceurs d'alerte bénéficient de protection. Nous proposons que les acquis des recherches menées en santé environnementale soient utilisés pour prendre des décisions conformes à ce que la préservation de la qualité des milieux de vie et de la biodiversité exige si l'on veut prétendre veiller à la santé des personnes. Cette proposition est propre aux écologistes. Les autres partis n'en font pas la pierre angulaire d'une transformation du système de santé.

Les écologistes proposent donc de faire évoluer la gouvernance des questions de santé pour faire place au

citoyen et permettre une approche décentralisée et pragmatique. Fondamentalement, les instances de la démocratie sanitaire ont besoin d'un sérieux dépoussiérage car elles s'épuisent au même rythme que le modèle politique représentatif. Elles doivent intégrer les apports des démarches communautaires pour valoriser des pratiques participatives et permettre la prise de parole de ceux qui n'y ont pas leur place.

La place des régions et des villes dans la gouvernance des questions de santé est un sujet à ouvrir. Donner davantage de poids à l'échelon régional dans la gestion de la santé, en démocratisant les processus de décision est une piste. Elle supposerait de réformer les Conférences Régionales de Santé pour démocratiser le débat sur les orientations et les choix en matière de santé dans des Conseils Régionaux de Santé qui aient un véritable pouvoir de décision. Elle supposerait de donner un rôle nouveau aux Conseils Régionaux en matière de santé, en particulier dans le domaine de la prévention primaire et de donner les moyens d'expertise et de représentation aux associations d'usagers.

Dans un schéma décentralisé, penser la proximité est également incontournable : Le niveau communal est ainsi un niveau où la participation des citoyens aux débats et aux choix en matière de santé peut être développée. C'est également un niveau à ne pas négliger pour discuter de l'efficacité du système de santé car de nombreux points aveugles des politiques de santé, en particulier dans le champ des inégalités sociales de santé s'observent au ras du territoire, à l'échelle de la vie des citoyens. Il conviendrait de reconnaître aux villes des compétences en matière de santé en s'inspirant de l'expérience des villes engagées depuis longtemps sur la santé.

Porter un projet de système de santé pour tous suppose de créer les conditions d'une pérennité de la Sécurité Sociale. La gestion actuelle de la Sécurité Sociale alimente la production d'un déficit intenable : plus de 20 milliards d'euros de déficit en 2010. Le principe même de gérer ce déficit en empruntant, comme on le fait actuellement, revient à faire payer les dépenses de fonctionnement d'aujourd'hui par les générations suivantes. C'est exactement le contraire d'une démarche de développement durable qui, par définition, doit permettre aux générations suivantes de vivre avec les mêmes avantages que nous. La centralisation démesurée du système ne permet aucunement de le contrôler, malgré les réformes à répétition. Les usagers restent marginalisés quand il s'agit de la gestion du système de santé. C'est pourquoi seule une réforme en profondeur, guidée par des objectifs de santé publique permettra de garder un système fondé sur la solidarité, fidèle à l'esprit qui a permis en 1945 la création de la Sécurité Sociale, mais adapté à la situation d'aujourd'hui. Le projet écologiste est de refonder la Sécurité Sociale

pour passer d'une conception assurancielle à une vision politique pour la santé de l'ensemble de la population. Dans ce cadre, le risque de dépendance, quelle qu'en soit la cause, est à prendre en compte dans la politique de solidarité et dans le budget de la protection sociale.

Maintenir et conforter la Sécurité Sociale signifie engager des changements. Les structures de gestion doivent être rationalisées en fonction d'objectifs de santé pour la population. La pérennité de la sécurité sociale est tributaire d'une réforme fiscale ambitieuse pour assurer un financement à la fois plus juste et plus efficace. Plus précisément, le financement basé sur les prélèvements sur salaire, hérité de l'après guerre, n'est plus pertinent aujourd'hui et ce d'autant plus que de multiples exonérations fiscales partiellement compensées par l'Etat, viennent grever les financements de l'assurance-maladie. La position des écologistes est donc de fiscaliser les recettes de l'assurance-maladie dans le cadre d'une grande réforme fiscale, plus juste et offrant un meilleur rendement fiscal, intégrant la fusion de l'IRPP et de la CSG dans un grand impôt progressif. Ils proposent également de maîtriser la dette de la Sécurité Sociale et de supprimer la CADES pour intégrer la dette dans celle de l'Etat. Le système de santé doit enfin intégrer les questions de la dépendance et nous proposons d'harmoniser le financement de la perte d'autonomie quels que soient la cause et l'âge de la personne.

Les écologistes proposent des choses simples, réalistes et réalisables : financer une politique de prévention volontariste, en rejetant les raisonnements économiques de court terme car une politique de santé ne peut être soumise à des considérations qui l'amèneraient à renoncer à ses objectifs initiaux : un système de soins accessible et la promotion de la santé pour assurer le bien-être de tous.

Quelques actions phares :

- Lancer un Plan Chimie Saine (Sortie des pesticides et/ou Sortie des Perturbateurs Endocriniens) et un vaste programme de recherche sur l'impact de la perturbation endocrinienne,
- Attribuer aux villes des compétences en matière de santé et renforcer celles de la région.
- Supprimer les franchises médicales.
- Développer le financement des frais de structure et des actes de prévention des Centres de santé et Maisons de santé et revaloriser les statuts des personnels de la prévention (PMI, santé scolaire)
- Fusionner impôts/CSG
- Supprimer la CADES.

Propositions de financements

La mise en œuvre du programme écologiste se traduirait par une refonte du système de santé sur deux nouveaux axes : d'une part, **la santé environnementale et la**

santé au travail, d'autre part une **politique d'éducation pour la santé et de promotion de la santé**, qui associées à **la politique de soins formeraient une** politique de santé englobant la politique médicale mais consistant à protéger et développer la santé de la population dans son sens positif, permettant ainsi de maîtriser l'inflation des soins.

Le financement de la sécurité sociale s'appuierait sur la fiscalisation des recettes de l'assurance-maladie dans le cadre d'une grande réforme fiscale, plus juste et offrant un meilleur rendement fiscal, intégrant la fusion de l'IRPP et de la CSG dans un grand impôt progressif. Une politique ferme de maîtrise de la dette de la Sécurité Sociale et la suppression de la CADES pour intégrer la dette dans celle de l'Etat serait à mener dès les premiers mois d'un gouvernement d'alternance. Enfin, il est nécessaire d'harmoniser le financement de la perte d'autonomie quels que soient la cause et l'âge de la personne

Financer la nouvelle politique de prévention primaire

La prévention doit être une priorité et elle est aujourd'hui réduite à la portion congrue. Nous souhaitons rééquilibrer un peu le rapport curatif/prévention au profit du second avec l'objectif d'investir une nouvelle somme d'environ 1 % des soins (qui représentent 163 milliards d'Euros en 2010), dans la prévention primaire. On peut sérieusement en attendre de maîtriser la hausse d'un certain nombre de dépenses de soins et d'inverser la tendance, permettant ainsi un rééquilibrage des budgets, quand on sait que par année, les soins aux seuls diabétiques représentent 12,5 milliards d'Euros, la consommation de médicaments 40 milliards, ou encore que le coût social du tabagisme a été estimé à près de 50 milliards, dont 18 pour la Sécurité sociale ou celui de l'alcool à 37 milliards, dont plus de 6 pour la Sécurité Sociale. Le total des dépenses nouvelles de prévention primaire que nous proposons s'élève à 1,685 milliard d'Euros dont la répartition est détaillée ci-dessous. Ces moyens feront l'objet d'une montée en charge progressive sur 5 ans, soit 0,347 milliard d'Euros la première année.

La nouvelle politique de prévention sera financée par un **Fonds Régional de Prévention** regroupant :

- Les fonds d'Etat, de la Sécurité Sociale en Education et promotion de la santé et les financements des Collectivités
- Le budget de la PMI
- Le budget de la santé scolaire
- Les budgets des structures de surveillance de l'air et de l'eau
- La taxation des produits facteurs de maladies chroniques: alcool, tabac, sucre,... d'une part, produits cancérigènes, mutagènes et repro-toxiques, dont les pesticides, d'autre part.

Financer l'éducation pour la santé et la promotion de la santé

Les moyens nouveaux permettront de financer :

- Le développement des structures spécialisées, Instances Régionales d'Education pour la Santé et de Promotion de la Santé (IREPS) : 0,300 milliard d'Euros
- Le doublement des moyens de la santé scolaire réintégré dans le Ministère de la Santé : 0,300 milliard d'Euros.
- Les postes de prévention primaire dans les Maisons de Santé et de l'Autonomie (1 poste pour 10 000 habitants) : 0,300 milliard d'Euros.
- Les nouveaux moyens pour les associations actives en santé, les associations de patients, les associations d'usagers : 0,300 milliard d'Euros.
- Le total serait à terme de 1,2 milliard d'euros, qui viennent s'ajouter aux moyens actuels de la Santé Scolaire, des IREPS et des associations Cette somme ne comprend pas les budgets de Protection Maternelle et Infantile (PMI) des départements. Ces dépenses nécessitent une montée en charge progressive. Dès la première année de mandature, il s'agirait de débloquer 250 millions d'euros sur ce volet.

Financer la santé Environnementale

Cet axe comprend la création d'un Institut National de Recherche en Santé Environnementale : 0,08 milliard d'Euros, la création d'un Institut National de Veille Environnementale : 0,08 milliard d'Euros, la reconnaissance de services Régionaux de Santé Environnementale, organisés autour des Observatoires Régionaux de Santé : 0,300 milliard d'Euros. Au total 0,460 milliard d'Euros, auxquels s'ajoutent les budgets actuels de médecine du travail : 1500 M Euros, soit au total : 1,960 milliard d'Euros (dont 460 millions de dépenses nouvelles).

Financer l'accès aux soins pour tous

L'objectif du programme écologiste est de tendre vers un remboursement à 100 % des soins réellement utiles par l'assurance-maladie et nous proposons de revenir d'ici 2017 à un remboursement des dépenses de santé réellement utiles à 80 % (soit + 2,9 % qu'actuellement). On peut estimer que le coût de cette mesure oscille entre 6 à 8 milliards d'euros (en se basant sur le budget 2011 de l'assurance-maladie). La priorité pour le premier budget pourrait être de supprimer les franchises médicales (850 millions d'euros), le ticket modérateur sur les actes lourds de 18 euros (en ville comme à l'hôpital) : 140 millions d'euros, de diminuer progressivement le forfait hospitalier (18 euros) : chaque baisse de 1 euro = 100 millions d'euros de coûts supplémentaires. Le total serait de 1,09 milliard d'Euros et ne paraît pas inaccessible au regard des dépenses de soins et des économies possibles si l'on améliore la situation sanitaire et l'organisation des soins (Ces évaluations financières sont le fruit du travail de la commission santé d'EELV).

Contribution de M. Frédéric Rauch

NDLR: *M. Frédéric Rauch, économiste, rédacteur du journal Economie et Politique, membre de la Commission Santé & Protection sociale du Pcf.*

Quelles sont les propositions générales de réformes à mettre en œuvre durant le quinquennat dans le domaine de la protection sociale et dans celui de la santé, qui seraient à proposer au nouveau président du Front de Gauche ?

Le champ des propositions est très vaste, tant les besoins sont immenses et les tentatives de destruction de notre système de protection sociale ont été violentes et nombreuses.

Pour les ordonner je crois qu'il faut partir du réel, du concret. Or ce réel de la protection sociale est aujourd'hui traversé par deux mouvements de fonds. D'un côté, une politique de rationnement-réduction de la dépense publique sociale accentuée dorénavant par la politique d'austérité, qui use de l'argument de la dette publique et de la compétitivité des entreprises pour réduire le niveau de protection sociale dans le pays. De l'autre, l'apparition de nouveaux besoins sociaux liés à des phénomènes tels que la démographie, la précarité, les évolutions de la famille, le travail, les maladies professionnelles et la gestion de l'emploi dans l'entreprise, les atteintes environnementales... qui s'ajoutent aux anciens et renforcent le besoin d'une intervention sociale. C'est cette contradiction travaillée par des politiques libérales depuis 30 ans qui construit la déliquescence progressive de notre modèle social, dont on nous assure par ailleurs des qualités en période de crise.

Le cadre général des réformes à engager doit à mon sens partir de cette contradiction. Si l'on considère qu'une protection sociale de haut niveau est un atout du développement économique, social et démocratique du pays, il faut à la fois répondre à l'exigence de tous ces besoins sociaux et assurer le financement des institutions de la protection sociale pour que cette réponse soit de haut niveau. Cela suppose donc, d'une part, de revenir sur les cadres législatifs et réglementaires aujourd'hui à l'œuvre, d'autre part, d'engager des réformes de structure des institutions de protection sociale, et enfin, de réformer les modalités de financement de l'ensemble de notre protection sociale.

Aucune condition préalable ou liminaire, d'ordre financier par exemple, ne doit pouvoir limiter cette ambition. Ces réformes devront s'articuler aux luttes sociales du secteur et revendiquer la philosophie qui a prévalu en 1945 (universalité, égalité, solidarité auxquels on

pourrait ajouter démocratie et proximité). L'enjeu est civilisationnel.

Plus spécifiquement dans le domaine de la santé, la démarche visera quelques objectifs prioritaires :

- la prise en charge à 100 % par la sécurité sociale des dépenses de santé,
- le réexamen négocié avec les professionnels concernés des modes d'exercice et de rémunération des soins, afin d'encourager la médecine en réseaux de soins et la prise en charge sociale coordonnée, et de valoriser sans exhaustive d'autres modes de rémunération que le paiement à l'acte,
- le contrôle public et social sur l'industrie pharmaceutique (pôle public du médicament) et le renforcement de la recherche publique,
- le lancement d'urgence d'un plan de formation des professionnels de santé afin de travailler rapidement à renverser la tendance de la démographie médicale et paramédicale,
- la refonte de l'offre publique hospitalière sur l'ensemble du territoire national et de son financement afin d'assurer une prise en charge médicale de très haut niveau, de proximité et publique,
- la mise en place d'une politique de prise en charge adaptée de la perte d'autonomie et du handicap,
- l'investissement dans la médecine scolaire et universitaire,
- le développement de la santé publique et de la prévention sanitaire,...

Et parce que sans financements appropriés rien ne se fera, il faudra appuyer ces mesures d'une réforme du financement actuel de la protection sociale (cotisations sociales, CSG, taxations nouvelles) et créer les conditions d'un nouveau type de croissance économique qui valorise la ressource humaine à l'origine des recettes de la protection sociale dans notre système solidaire. Mais peut-être en parlerons-nous plus précisément après ?

Quelles sont les premières mesures à mettre en œuvre dans les 3 premiers mois ?

C'est 100 premiers jours doivent marquer les esprits de la volonté du nouveau gouvernement. Les premières mesures se doivent d'être symboliques et fortes.

En même temps qu'une remise en cause globale des lois votées par la droite sur ces 12 dernières années par un déricotage législatif généralisé, 3 propositions phares pourraient incarner ce changement de braquet politique :

- Le retour des élections à la sécurité sociale. Il n'y en a pas eu depuis 1983 et la réforme de 2004 a considérablement transformé le cadre institutionnel de la sécurité sociale en créant l'UNOCAM au point de les rendre caduques. Depuis cette réforme de la sécurité sociale, les administrateurs des caisses de sécurité sociale ont perdu tout pouvoir d'orientation et de décision sur l'institution au profit des directeurs. Le technicisme gestionnaire l'a emporté sur le politique et la démocratie. Pour renverser la donne, il faut rendre ce pouvoir aux salariés en refaisant élire les administrateurs de caisse de sécurité sociale et en leur rendant leurs pouvoirs d'intervention sur la gestion et l'orientation politique des organismes. Cela me semble important. Mais je crois aussi qu'il faudra pousser plus loin les feux. Car nous ne voulons pas une démocratie de façade. Or pour cela, nous aurons à briser le paritarisme dans la représentation des administrateurs. Au nom de l'égalité et de la démocratie. Il ne faut pas oublier que la sécurité sociale est l'outil de la mutualisation ou de la socialisation de la richesse produite dans l'entreprise par les travailleurs. Il est donc tout à fait légitime que ces travailleurs aient une voix prépondérante dans les décisions d'orientation et de gestion de cet outil. Il ne s'agit pas d'exclure la représentation patronale ou de l'État des conseils d'administration, mais simplement de les remettre à leur véritable place. La sécurité sociale doit redevenir ce qu'elle était au moment de sa création, l'outil des travailleurs géré par les travailleurs eux-mêmes.
- La retraite à 60 ans avec 37,5 annuités pour un taux plein, et avec un taux de remplacement calculé sur les 15 meilleures années dans le privé et sur la rémunération des 6 derniers mois dans le public. La différence entre le privé et le public répond aux modalités différentes d'évolution salariale sur l'ensemble de la carrière d'un individu dans ces deux champs d'activités.

Cette proposition est centrale, sociale et hautement symbolique. Et j'ajoute, tout à fait réaliste.

Question centrale et sociale, il n'y a qu'à voir la situation des jeunes retraités d'aujourd'hui qui ont perdu en moyenne entre 15 % et 18 % sur leur taux de remplacement depuis les réformes de 1993 par rapport à ce qu'ils auraient pu obtenir, et la force de la mobilisation de 2009 sur les retraites qui a rassemblé entre 4 et 8 millions de personnes, actives ou non.

Réaliste, cela peut surprendre, mais on a souvent tendance à négliger dans les explications traditionnelles que

le système de retraite par répartition et solidaire français a une originalité qui le rend plus viable que les autres. Ni beveridgien, ni bismarckien, ni marchand, notre système de sécurité sociale n'est pas tributaire de l'état des finances publiques, ni d'accord salariaux d'entreprises ou de branches, et encore moins de capacités d'épargne individuelle. Il n'est dépendant que de la part de richesses produites dans les entreprises que l'on décide collectivement de socialiser. C'est la nature même de la cotisation sociale qui le définit comme cela. Or la croissance des richesses produites est plus ou moins régulière depuis au moins deux siècles. Et l'INSEE nous dit qu'elle doublera dans les cinquante prochaines années. A nous de savoir socialiser la part de ces richesses pour répondre aux besoins à venir et de peser dans le rapport de forces pour y parvenir. C'est l'enjeu de la répartition des richesses.

Néanmoins, concrètement, la bataille de la répartition de la richesse entre profit et salaire est rude. Sur les 30 dernières années, alors que la croissance des richesses était très forte, la part relative de cette richesse affectée au travail a chuté de 8 à 10 points.

Or, dans notre système de protection sociale solidaire, si la cotisation sociale dépend de la richesse produite, son calcul est fait à partir des salaires versés dans l'entreprise (assiette salariale). Ce qui implique que le niveau des ressources de la sécurité sociale dépend des politiques d'emploi et de salaire des entreprises. Lorsqu'une entreprise pratique la compétitivité par la baisse des coûts salariaux (précarité de l'emploi, bas salaires, pas de formation et peu de qualification, délocalisation, etc.), elle contribue moins au financement de la sécurité sociale. Tandis qu'une entreprise qui a une politique de compétitivité par l'innovation et la qualité y contribue plus.

Il en résulte que la politique publique doit avoir pour objectif essentiel de contribuer à la promotion de l'emploi, de la qualification et des salaires dans les entreprises, et de lutter contre toutes les formes de baisse des coûts salariaux pour la profitabilité. Changer les conditions de production de la richesse devient alors la condition sine qua none d'une autre répartition des richesses qui permette d'assurer une dynamique de création des ressources pour la sécurité sociale, et donc le financement pérenne et croissant des retraites.

Il y a des leviers incitatifs ou directement actifs pour y parvenir :

- La modulation des cotisations sociales patronales selon le rapport masse salariale/valeur ajoutée de l'entreprise : plus ce rapport s'éloigne à la baisse du taux moyen de la branche, et plus la cotisation est élevée. Ce qui inciterait les entreprises à ne pas jouer contre l'emploi ;

- La sécurisation des parcours professionnels, via une sécurité d'emploi ou de formation, afin d'éviter la précarité de l'emploi et le chômage, mais aussi de renforcer le niveau de qualification général dans l'entreprise;
- Une politique du crédit bonifié à l'investissement productif et sélectif selon le niveau d'emploi, de salaire et de qualification en résultant; l'Etat prenant à sa charge partie ou totalité des intérêts d'emprunts si l'investissement est créateur d'emplois, de salaire ou de qualification;
- On peut aussi envisager de transformer la fiscalité d'entreprise dans ce sens afin d'en faire un outil de la politique d'emploi;
- Il y a encore la création de nouveaux droits pour les salariés afin de leur permettre d'intervenir directement dans la gestion de leur entreprise et de peser sur les décisions, une façon d'éviter les licenciements bousiers et les délocalisations injustifiées...

Bref, il y a de multiples moyens sur lesquels s'appuyer pour assurer un financement pérenne de notre système de sécurité sociale et partant, de notre système de retraite par répartition. Mais tous ont en commun la nécessité d'une dynamique économique globale nouvelle à mettre en œuvre.

- La suppression des déremboursements et reste-à-charge pour les malades
Il s'agit là d'un enjeu de justice sociale et de salubrité publique. Il n'est pas utile de s'étendre sur le sujet, les données sont connues. Rappelons simplement que pour pouvoir réduire le niveau de la dépense de remboursement de la branche maladie de la sécurité sociale, la droite (mais aussi le PS avant elle) a élargi le champ des reste-à-charge pour les malades: déremboursement de médicament, forfaits et autres mesures jusqu'au dépassement d'honoraire légalisé. Conséquences, la facture des soins à la charge directe du patient a explosé. Elle représente désormais entre 20 % et 55 % de la dépense de soins, selon le type de dépense. Conséquence, nous entrons dans un système sanitaire où ne peuvent se soigner que ceux qui en ont les moyens. Les autres retardent les soins jusqu'au dernier moment, où souvent les urgences de l'hôpital public sont le recours. De sorte que, au nom d'économies à faire, ce qui pouvait être soigné au moindre coût l'est in fine au coût le plus élevé. Cette logique d'économie est totalement perverse, puisqu'elle creuse le déficit de la sécurité sociale. C'est pourquoi il faut revenir dessus. Voilà 3 mesures qui devraient être rapidement mises en œuvre par un Ministre Front de Gauche de la protection sociale.

Néanmoins, je voudrais ajouter que cette liste n'est évidemment pas exhaustive. D'autres mesures sont tout aussi urgentes, que je ne peux développer ici faute de temps. Notamment celles concernant la démographie et la formation médicales, les structures publiques de soins de proximité, le statut de la médecine ambulatoire, la question des conventions médicales, la recherche médicale, l'hôpital,...

Sur ce dernier point essentiel que je n'ai pas abordé, juste quelques mots. Il sera nécessaire de revenir d'urgence sur le plan hôpital 2007 (et celui qui lui a succédé) comme sur la loi Bachelot. En même temps qu'il faudra engager les négociations avec le monde hospitalier pour définir un mode de financement adéquat pour l'hôpital, il faudrait ouvrir la récupération de la TVA par les établissements comme toute collectivité locale et supprimer, avec la taxe sur les salaires à l'hôpital, la systématisation de la procédure de plan de retour à l'équilibre, la convergence tarifaire public-privé, les partenariats publics-privés, le rationnement de l'offre territorialisée de soins, etc. C'est capital parce que l'hôpital public est aujourd'hui totalement asphyxié. Ses conditions de financement via le système financier et privé (plan hôpital 2007) l'ont conduit à une dette globale de 24 milliards d'euros, qui pèse aujourd'hui très lourd sur ses moyens d'action tant techniques qu'humains.

L'hôpital n'est pas une entreprise. Lui redonner les moyens de fonctionner, restaurer les contre-pouvoirs (élus et personnels) dans les conseils d'administration, lancer une vaste politique de formation et d'embauche des professionnels de santé doivent aussi être une priorité d'un gouvernement Front de Gauche.

Comment financer ces propositions ?

Il y a pour cela deux leviers, la fiscalité et l'emploi.

En matière de fiscalité, il s'agit de mettre en place une « cotisation sociale » sur les revenus financiers des entreprises. Constitués des dividendes et des intérêts perçus de prêts qu'elles pratiquent entre elles, ces revenus financiers notoirement sous-fiscalisés représentaient en 2010 selon les comptes de la Nation pas moins de 318 milliards d'euros. Un montant à rapprocher de celui des cotisations patronales versées la même année (120 milliards d'euros), qui échappe à toute contribution sociale.

L'application d'une « cotisation sociale » à ces revenus aux mêmes taux que ceux pratiqués pour les cotisations patronales relatives à chaque branche de la sécurité sociale, nous permettrait de générer immédiatement près de 85 milliards d'euros de recettes nouvelles pour la sécurité sociale. On pourrait alors dès la première année du

quinquennat combler le déficit budgétaire de la sécurité sociale, mais aussi revenir sur les déremboursements de médicaments et autres contributions forfaitaires imposés aux assurés sociaux, équilibrer les comptes du service public hospitalier, renforcer le secteur médico-social, etc. Et pourquoi ne pas, commencer à réduire le niveau de prélèvement par CSG et CRDS.

Néanmoins, cette mesure fiscale ne suffira pas à régler la question du financement de la protection sociale et à pérenniser sa capacité à répondre aussi à l'ensemble des besoins sociaux nouveaux qui émergent. Pour deux raisons essentielles. La première, c'est que la politique du gouvernement Front de Gauche aura pour objectif de lutter contre ce cancer de la financiarisation de l'économie française et donc de réduire implicitement le potentiel fiscal qu'elle représente. La seconde tient au fait que de nombreux défis sociaux sont à relever pour un projet politique progressiste. On en a déjà parlé, mais avec les réponses à apporter à la satisfaction des besoins actuels, il va falloir aussi répondre dans l'intérêt de la population française aux enjeux du vieillissement et de la perte d'autonomie, du financement des retraites par répartition, de la politique familiale à développer, de la précarité sociale et l'exclusion qu'il faut définitivement résorber et des minima sociaux qu'il faut revaloriser très significativement, du chômage, ... , ou encore aux enjeux de santé publique et environnementaux. Autant de défis sociaux à surmonter pour lesquels il va falloir fournir les moyens financiers et aussi humains, techniques et matériels à la hauteur.

Or l'ampleur des moyens nouveaux à mobiliser dans la durée implique qu'il faille une source de financement qui ne tarisse pas, mais qui au contraire croisse. Et pour y parvenir, il n'y a pas 36 solutions, il faut asseoir ce financement sur le lieu même de la création de la richesse : l'entreprise, en prélevant sur les profits à partir de la cotisation sociale. Ce n'est que sur cette base économique créant la valeur ajoutée que l'on peut et pourra trouver les moyens nécessaires à notre ambition. C'est l'esprit de 1945.

Toute autre méthode qui s'éloignerait de la richesse réelle créée serait forcément limitée. On le voit par exemple aujourd'hui avec la CSG ou au travers de la logique de la « TVA-sociale ». Faire reposer le financement de la protection sociale sur une fiscalité assise sur les revenus des ménages, par-delà le caractère injuste d'une démarche qui pèse sur les seuls ménages, c'est faire dépendre ce financement d'une assiette bien plus restreinte que celle de la richesse produite, et bien plus fluctuante

aussi puisqu'elle dépend globalement du niveau de l'emploi. Réducteur et volatile, ce mode de financement plafonne le niveau des ressources de la protection sociale.

Pour assurer ce financement pérenne de la protection sociale et de toutes nos ambitions, nous avons besoin au contraire de réaffirmer le primat d'un financement de la protection sociale à partir de la richesse produite dans l'entreprise.

Mais cette volonté implique aussi, je le répète, de peser sur les conditions de production de cette richesse afin de mobiliser tout le potentiel de production de cette richesse, c'est-à-dire tout l'emploi et toute la qualification et les compétences disponibles dans le pays. Ce qui induit en l'occurrence que les pouvoirs publics interviennent fortement en faveur d'un changement de logique économique, qui placerait l'emploi, la qualification et le salaire au cœur des conditions de production de la richesse afin d'amplifier la dynamique de croissance de ces richesses.

Je ne reviendrai pas sur les outils pour y parvenir, je les ai déjà donnés tout à l'heure. Mais je dirai que si le chiffre est plus difficile à donner que pour la cotisation sur les revenus financiers, les travaux de Catherine Mills, économiste spécialiste de la protection sociale, ont déjà montré par exemple que 100 000 chômeurs de moins équivalaient à 2,5 milliards d'euros de plus de recettes de cotisation sociale ou encore que 1 point de masse salariale supplémentaire représentait 2 milliards d'euros de recettes supplémentaires pour le régime général de sécurité sociale. Et puis je rappellerai que nous avons l'expérience de la fin des années 90, où une phase économique de forte croissance génératrice d'emplois et de hausses de salaires, après plusieurs années de faible croissance, a contribué mécaniquement au rééquilibrage des comptes de la sécurité sociale dont on nous disait déjà qu'ils étaient abyssalement déficitaires.

En fait, pour finir, je dirai que créer les conditions d'un financement de la protection sociale qui assure la meilleure réponse aux besoins sociaux exprimés, cela nécessite une logique d'ensemble, transversale qui articule le social, l'économique et le politique. Ces trois pans de la société ne peuvent fonctionner de manière satisfaisante pour l'intérêt général qu'ensemble. Contre ceux qui voudraient faire de l'économie et de l'entreprise des lieux saints, il faut opposer avec force qu'aucun champ de la vie sociale ne doit être sanctuarisé et indépendant de l'action gouvernementale.

Contribution de M. le D^r Alain Brémaud : des rêves pour 2012

NDLR: *Le D^r Alain Brémaud: généraliste, ancien médecin directeur du CMS de La Courneuve, ancien secrétaire général de l'USCMS. Il est membre du bureau de la FNFCEPPCS (Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé).*

Bien que je ne sois pas sûr que ces temps de campagne présidentielle soient plus propices aux rêves que d'autres, surtout en considérant les profils et antécédents de la majorité des candidats, j'ai tenté de me prendre à rêver. Et si le ministre de la santé, nommé par le prochain président, souhaitait, au-delà de mon vote, avoir mes avis, souhaits et conseils en termes de protection sociale et de politique sanitaire, que lui suggérais-je?

Evidemment, je n'ai pas la prétention, ici, d'écrire un programme politique mais d'envisager seulement quelques axes qui sont, pour moi, prioritaires dans les champs qui sont les miens, en considérant mon expérience d'exercice dans un centre municipal de santé et mon choix de tenter de réduire les inégalités sociales de santé.

Toutes les orientations pouvant être laissées dans les tiroirs sans jamais être mises en œuvre, ou complètement détournées de leur objet, il faudrait que ce ministre, ce président, fassent des choix pour l'humain et non pour les financiers, se mettent au service des intérêts de la population qui les élit et ne soient pas les valets des grands trusts internationaux de la finance, des affaires et de l'industrie qui dictent leur loi aux nations dont les gouvernants acceptent d'être les serviteurs.

Ceci étant posé, il m'apparaît que ce qui est le plus marquant de notre système de santé est qu'il contribue à l'aggravation des inégalités sociales de santé, qu'il présente une apparente désorganisation tendant à transformer les soins et les couvertures sociales en marchandises, qu'il secrète une pénurie organisée de soignants pour réduire les dépenses remboursables de santé et continue de refuser un soutien financier réel aux réponses alternatives d'organisation des soins et aux propositions de santé publique de proximité dans la durée.

Encore une fois, ce qui est proposé ici correspond à ce à quoi je suis le plus sensible, sachant qu'il faut mettre en œuvre bien d'autres mesures sanitaires et sociales.

Les inégalités sociales de santé

Evidemment, le mieux pour réduire celles-ci, est de combattre les inégalités sociales et les facteurs économiques et politiques qui les génèrent. Mais, en attendant,

il est possible, au lieu de les aggraver comme actuellement, de les réduire en agissant sur certains facteurs contributifs plus accessibles à des réglementations :

- développer le logement social pour améliorer l'habitat, réduire le mal-logement, l'entassement, améliorer les conditions d'hygiène et le chauffage, enrayer le saturnisme ;
- veiller aux conditions de travail en redonnant à la médecine du travail pouvoir et moyens pour jouer son rôle ;
- faire cesser les inégalités territoriales de réponses aux besoins de santé : démographie des soignants par territoire (y compris en terme de pratique du secteur 1 et de tiers payant), répartition de l'hospitalisation publique, de la chirurgie, des maternités, de la radiologie, de la biologie dans les divers territoires ;
- enrayer l'atteinte aux droits sociaux en favorisant un système d'assurance-maladie solidaire universelle ;
- contrôler et maîtriser réellement les différents facteurs contribuant au coût de la santé : dépassements d'honoraires, prix du matériel médical et des médicaments ;
- promouvoir des actions de santé publique de proximité adaptées aux couches sociales en difficulté.

La prévention

Au niveau national, celle-ci, que ce soit en termes de dépistage, d'éducation sanitaire, de promotion de la santé, reste à un niveau embryonnaire, dépendant de relais régionaux, de financements non pérennes et du volontarisme d'acteurs de terrain éventuels. Qui imaginerait organiser l'éducation nationale dans notre pays en édictant seulement un programme puis en attendant que des bonnes volontés locales se manifestent, ou non, par ci, par là. Impensable et pourtant... Il faut définir qui doit faire quoi, sur quelles zones, avec quels moyens et pour quelles durées. Il faut s'appuyer sur les acteurs ayant déjà fait leurs preuves (associations, centres de santé,...) et développer institutionnellement leurs types de structures.

Le système d'Assurance-maladie

Pour beaucoup, il est devenu un facteur d'inégalités d'accès aux soins, l'inverse de son objectif fondateur : la sécurité sociale, qui n'est pas pour tous, ne permet pas,

selon les cas, à chacun, d'avoir la totalité de sa pathologie ou de ses traitements pris en charge. Les assurances complémentaires privées ou mutualistes sont inégalitaires par la multiplication des paniers de soins de remboursements d'une part, et de tiers payant d'autre part. Les désengagements de la Sécurité sociale, occasionnant des transferts de charges aux complémentaires, rendent celles-ci plus coûteuses, favorisant la démutualisation. Il faut cesser de multiplier les procédures compensatoires compliquées pour les plus défavorisés. Dans une nation, l'accès aux soins pour tous est synonyme d'une bonne santé pour tous et d'un moindre coût pour la société.

La santé est affaire d'Etat

Celui-ci doit contrôler et négocier, via la CNAM, le prix des médicaments sans subterfuges de « génériques » ou tout autre dispositif laissant à penser que ce sont les médecins, les malades ou les pharmaciens les responsables du prix des médicaments. L'Etat ne peut pas continuer de fermer les yeux sur les prix prohibitifs des matériels et équipements médicaux et les ententes entre quelques grands fournisseurs.

Dans un autre ordre, l'Etat doit faire cesser le Numerus Clausus instauré depuis de nombreuses années pour réduire le nombre de soignants dans notre pays afin, faute de soignants, de tenter de diminuer les dépenses remboursables de santé. Une absurdité qui, ajoutée à l'évolution de la société (féminisation de la profession médicale, réduction du temps de travail, multiplication des professions médicales hors soins,...) et à l'évolution démographique du pays aboutit à une pénurie de soignants, surtout dans certaines régions ou pour certaines spécialités.

C'est l'Etat qui ne doit pas permettre les dépassements d'honoraires et doit prendre des décisions pour coordonner une meilleure homogénéité de la répartition des professionnels soignants dans le pays.

Les centres de santé

Ceux-ci apparaissent comme une réponse organisationnelle pertinente et expérimentée aux besoins de santé dans notre pays :

- pour les populations qui les environnent, ils apportent, dans la proximité, un lieu de soins de qualité avec une coordination de ceux-ci grâce au travail d'équipe. Ils proposent un plateau technique et une diversité conséquente d'activités de soins. Ils permettent l'accessibilité à ces soins par leurs tarifs sans dépassements, leur accueil social et leur pratique du tiers payant pour la part Sécurité sociale et la part complémentaire. Ils contribuent à réduire les inégalités sociales de santé. Ils permettent de développer, dans la proximité d'un territoire, des actions de santé publique efficaces.

- pour les professionnels soignants, ils correspondent à des pratiques d'exercice répondant à leurs souhaits.
- pour les pouvoirs publics, ils concrétisent, de longue date, la nécessaire coordination des soins, la pluridisciplinarité, le paiement à la fonction des professionnels, la pratique du dossier médical commun (évitant les prescriptions redondantes).

Ces structures, outils de prévention, moyen pour permettre l'accès à des soins de qualité aux couches sociales en difficulté dans un lieu ouvert à tous, doivent être financées pour tous les « plus » qu'ils développent. Actuellement, portés chacun par un promoteur et financeur unique (mutuelle, municipalité ou association), ils sont en danger. Créés sur la base du volontarisme de ces promoteurs, sans que soient précisées de règles d'obligations dues aux besoins des territoires ils sont portés financièrement par ces promoteurs uniques et fermés selon leurs orientations (ou obligations) budgétaires et leurs choix politiques. Il faut une réglementation tenant compte des besoins des populations, des territoires et faisant contribuer les différents acteurs en responsabilité (à un échelon ou un autre) des habitants de ce territoire.

Les centres de santé doivent être reconnus sur la carte sanitaire. Il faut définir où les créer et les développer, dans quelles conditions, avec quels financements des acteurs concernés par la population d'un territoire: municipalités, mutuelles, régions, départements, CPAM, Etat, associations. Un statut doit être élaboré pour ces centres, permettant pour chacun de ces acteurs susnommés de contribuer aux décisions et aux financements. Ces statuts doivent permettre d'associer aux décisions, dans chaque centre, en plus de ces financeurs dont il faudra définir les parts respectives, les professionnels soignants et les usagers de la structure.

Demain, plus qu'aujourd'hui, un vrai maillage du territoire national par les centres de santé doit être entrepris.

Quelques autres souhaits

- développer la rémunération à la fonction des soignants ;
- assurer leur formation professionnelle continue indépendante des laboratoires pharmaceutiques ;
- relancer la recherche publique fondamentale en matière de médicaments ;
- développer le travail d'équipe des soignants en favorisant la considération de la personne dans la prise en charge des patients.

Financements

Outre les mesures d'assainissement des recettes de la Sécurité sociale, en lui accordant les fonds collectés par un prélèvement sur les revenus financiers, comme c'est

le cas sur les revenus du travail; outre le paiement des dettes patronales et de l'Etat à cette même Sécurité sociale, quelles pourraient être les autres sources de financements de mesures sanitaires et sociales positives pour la population?

Tout d'abord, il faut considérer que si le développement des centres de santé a un coût, il a été constaté que le travail d'équipe dans ces structures évite les redondances de prescriptions et donc des coûts inutiles. Il a été également vérifié que la pratique des professionnels salariés des centres de santé engendrait moins de consommation médicale et moins d'hospitalisations des patients: Economie.

L'organisation d'actions de prévention, d'éducation sanitaire et de dépistage dans le pays, en ayant des bénéfices sur l'état de santé de la population, réduit aussi la consommation médicale: Economie.

Plus globalement, toutes les mesures aboutissant à un meilleur état de santé d'une population réduisent les dépenses médicales, les arrêts de travail, les prises en charge plus lourdes: Economie.

Par ailleurs, le secteur de la santé est un secteur économique comme d'autres et, donc, quand l'emploi s'y développe, la consommation générale dans le pays augmente et ce secteur contribue alors aux richesses du pays: Economie.

Voilà, quelques rêves sélectionnés parmi d'autres pour une autre société où l'humain serait au centre et l'esprit marchand et la démarche comptable seraient combattus. Continuons de rêver... et de lutter.

Contribution de M^{me} le D^r Marie-Pierre Colin

NDLR: *Le D^r Marie-Pierre COLIN est médecin généraliste directeur au centre de santé associatif Léon Blum à Belfort. Vice-présidente de la FEMASAC, fédération des maisons de santé et centres de santé comtoise.*

Quelles sont les propositions générales de réformes à mettre en œuvre durant son quinquennat dans le domaine de la protection sociale et de la santé que tu lui proposerais ?

1. Réduire les inégalités sociales de santé :

➤ Amélioration de l'accessibilité financière aux soins :

- Généralisation du tiers payant en médecine ambulatoire pour tous les services de santé (médecins et paramédicaux, produits de santé).
- Suppression de l'autorisation de dépassement d'honoraires pour les professionnels en secteur 1.
- Amélioration des remboursements de frais médicaux : actuellement évalués à 55 % (compte tenu des participations forfaitaires, des franchises, des déremboursements) afin de parvenir à un taux de prise en charge des remboursements à 80 %.

Soit :

- suppression des forfaits et franchises
- baisse du prix des médicaments par une réorganisation et rationalisation de la recherche et de la distribution des médicaments
- Amélioration de l'accès aux complémentaires santé : La cotisation aux complémentaires santé doit être modulée selon les revenus et non l'âge ou les pathologies en cours .
- Amélioration de la prise en charge financière des frais médicaux ou paramédicaux :
 - Frais d'optique, dentaires, orthodontiques
 - Remboursement des soins de pédicure dans le cadre des pathologies chroniques
 - Remboursement des consultations de psychothérapie (certification des psychothérapeutes nécessaire) de diététique.

➤ Réorganisation des soins primaires et de la prévention basée sur la coopération interprofessionnelle :

Favoriser les regroupements pluri professionnels et leur déléguer la prise en charge de la santé d'un bassin de population : un forfait sera affecté à la structure. Celle-ci devra gérer la santé des habitants tant en matière de prévention, dépistage, promotion de la santé que de soins. Les professionnels décideront de l'organisation la plus efficace pour répondre aux objectifs de santé publique qu'ils auront fixés en concertation avec les ARS (indicateurs à définir : mortalité, morbidité...). Les tâches seront réparties en fonction des compétences de chacun et les formations nécessaires à de nouvelles pratiques seront à mettre en place. Ces objectifs et le montant des financements devront tenir compte des caractéristiques socio démographiques de

la population prise en charge : âge, niveau socio économique... Le personnel sera salarié de la structure. Les bénéfices des bons résultats économiques en ayant atteint les objectifs de santé de la population seront répartis entre les professionnels. Ce financement forfaitaire des structures de soins de premier recours devra permettre de rémunérer le temps de concertation entre professionnels et la coordination de la structure de soins. Le paiement à l'acte sera supprimé. Le modèle d'organisation et de fonctionnement type centre de santé associatif pourra être retenu. Les usagers devront prendre part à la définition des objectifs de la structure de soins primaires et faire part de leurs besoins dans les instances décisionnelles.

➤ Prise en compte et interventions sur les déterminants sociaux de la santé :

«La position sociale, l'estime de soi, le sentiment de contrôle sur son travail et sa vie expliquent davantage que les comportements à risque (tabac, alcool, obésité, faible pratique sportive...) l'état de santé d'un individu » (Ménaheem, 2008).

Appliquer les recommandations OMS (recommandations de la commission des déterminants sociaux de santé CDSS OMS 2008 (http://www.who.int/social_determinants/fr/lindex.html). Ainsi, la réduction des inégalités sociales de santé ne peut se concevoir hors d'un cadre politique plus large. Une des bases des inégalités sociales de santé est, pour certaines catégories de personnes l'impossibilité de se projeter dans l'avenir. Le nouveau gouvernement aura pour tâche de tenter de redonner à chacun et chacune une fonction pour laquelle il aura une mission à accomplir (retour à l'emploi, fonctions spécifiques...).

2. Réduire les inégalités territoriales de santé :

➤ Afin de lutter contre la désertification médicale il sera demandé à tout jeune médecin qui termine son cursus d'exercer dans une structure de soins primaires sus-décrites, au minimum deux ans, dans les zones identifiées comme sous médicalisées, à la période de sa vie professionnelle qui lui convient. Cette mesure s'appliquera à tout médecin qu'il soit généraliste ou spécialiste.

➤ Il sera nécessaire de tout mettre en œuvre pour permettre le développement et l'utilisation des nouveaux outils de communication tels que ceux proposés par la télé médecine. Le patient devra rester au cœur du dispositif : en matière de télé consultation, il sera essentiel de mettre en place les gardes fous nécessaires à évi-

ter la technicisation extrême de ces consultations de soins primaires au détriment de l'écoute et de la prise en compte de la personne dans son environnement.

3. Soutenir et développer les hôpitaux publics :

Suppression de la tarification à l'activité (T2A) : retour au financement forfaitaire, au nombre de patients suivis, selon le bassin de population et les caractéristiques de celle-ci, sur le mode proposé pour les structures de soins primaires. Les hôpitaux publics ont une mission de prise en charge de la personne hospitalisée dans le respect de sa personne, tenant compte de sa problématique de vie et de son environnement et ne peut avoir comme source principale de financement la réalisation d'actes techniques. La prise en charge médico sociale doit être valorisée et financée. Forfait modulé en fonction de la population prise en charge (taille du bassin de vie, caractéristiques sociodémographiques, facteurs environnementaux...) et de l'atteinte d'objectifs en matière de santé d'une population.

4. Améliorer les relations « médecine ambulatoire et hôpitaux » ; mieux définir et répartir leurs responsabilités et fonctions respectives :

Réorientation des consultations non programmées vers la médecine de ville : actuellement en raison principalement d'un problème financier d'accès aux soins les services des urgences hospitalières sont embouteillés par des pathologies qui relèvent de la médecine générale.

Faire participer les spécialistes de ville à la permanence des soins en milieu hospitalier

5. Promouvoir la santé par une collaboration avec les professionnels médico-sociaux de terrain et les habitants : construire une santé communautaire

- impliquer les habitants à la définition des projets de promotion de la santé
- intégrer et adapter ces projets à la réalité de terrain, donner aux personnes les moyens d'améliorer leur rapport à leur propre santé, à celle de leurs proches.

6. Définir les programmes de santé d'une population par une évaluation précise des besoins : développer des banques de données qui combinent santé et social :

Combiner d'autres types d'informations aux données chiffrées d'indicateurs d'enquêtes nationales : données issues des acteurs de terrain, de la population elle-même, données qualitatives (De Spiegleaere, 2009 : 7).

Quelles sont les mesures à mettre en œuvre dans les trois premiers mois ?

1. Lutte contre le renoncement aux soins pour raisons financières :

- Pratique du tiers payant généralisé pour tous les services de santé ambulatoires et hospitaliers

- Amélioration du remboursement des produits de santé

2. Lutte contre la désertification médicale de certaines zones par l'organisation de structures de soins primaires sous forme d'associations à but non lucratif avec participation des habitants (voix consultative) salariat des professionnels et financées par forfait en fonction d'un bassin de population.

3. Suppression de la tarification à l'acte dans les hôpitaux.

Comment finances-tu tes propositions ?

L'amélioration de la prise en soins des patients en médecine de soins primaires permettra de réduire les hospitalisations : actuellement 10 % des hospitalisations sont, selon certains travaux récents, non justifiées (soit 3 MD d'euros d'économies). Pour le reste, n'étant pas experte en matière d'économie de la santé, je me contenterais ici de reprendre l'essentiel des propositions de l'UNIOPSS auxquelles j'adhère totalement :

« L'équilibre des comptes de la Sécurité sociale par l'application des principes suivants :

1. la révision de la liste des soins (« le panier de soins ») financés par la solidarité, grâce à une double évaluation du rapport bénéfice/risque pour le patient et du rapport bénéfice/coût pour la société. Un médicament, un acte, une prestation, doivent être remboursés si et seulement si cette évaluation est jugée positive, et non remboursé dans le cas contraire. Les remboursements partiels actuels à 15 % et à 35 % devraient être, de ce fait, supprimés.

2. l'actualisation des tarifs et la réduction des prix des médicaments et autres biens médicaux.

3. la réduction de la disparité des prescriptions et des actes médicaux qui peut aller de 1 à 3 (notamment en matière de césarienne, d'endoscopie, de pose de stent coronarien ou de pacemaker..) grâce à un renforcement du respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles et à une évaluation comparative des pratiques réalisée par la Haute Autorité de Santé en collaboration avec la Sécurité sociale et les organisations professionnelles. La réduction des gaspillages en matière de santé n'est pas seulement un devoir économique, c'est aussi une exigence éthique.

4. l'élargissement de l'assiette de la CSG à l'ensemble des revenus et la suppression de la majeure partie des niches sociales représentant actuellement plus de 35 milliards d'euros pour un bénéfice économique douteux, régulièrement dénoncé par la Cour des comptes.

En cas de déséquilibre des comptes constaté en fin d'année malgré la mise en œuvre des mesures précédentes, une augmentation automatique et proportionnée des recettes de la Sécurité sociale devrait intervenir pour écarter toute constitution d'une dette renvoyée sur les générations futures au titre de l'assurance-maladie. »

Contribution de M. Bernard Teper

NDLR: *Bernard Teper, co-animateur du Réseau Éducation Populaire (REP), membre du Haut conseil de la famille, co-animateur des États généraux de la santé et de l'assurance-maladie (EGSAM), animateur d'une manifestation nationale décentralisée contre les franchises sur les soins pour le 27 septembre 2007, coordinateur d'un livre paru aux éditions Mille et une nuits intitulé Santé-Assurance-maladie : quelles alternatives au néolibéralisme.*

Quelles sont les propositions générales de réformes à mettre en œuvre durant son quinquennat dans le domaine de la protection sociale et de la santé que vous lui proposeriez ?

Tout d'abord, il convient de penser l'ensemble de la protection sociale comme les révolutionnaires du Conseil national de la résistance (CNR) ont pensé la Sécurité sociale dans son ensemble. La protection sociale solidaire devra englober les quatre branches actives de la Sécurité sociale actuelle auxquelles on rajouterait l'assurance-chômage, les politiques visant à aider à l'autonomie (handicap, personnes âgées dépendantes, invalidité, etc.) et les politiques sociales. L'ensemble de la protection sociale deviendrait solidaire. Les politiques visant à l'autonomie et les politiques sociales seraient rattachés à l'assurance-maladie qui prendrait alors le nom d'assurance-santé pour refléter notre attachement à la définition de la santé de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946. La santé n'est plus l'absence de maladie ou d'invalidité mais un état de bien-être physique, social et mental. L'assurance-chômage devenant une nouvelle branche de la protection sociale solidaire.

L'ensemble de cette protection sociale solidaire devra reprendre les trois idées révolutionnaires du CNR à savoir :

- L'application du principe de solidarité : à chacun selon ses besoins et chacun doit y contribuer selon ses moyens.
- La gestion de la nouvelle protection sociale solidaire sera réalisée par les représentants élus des assurés sociaux désignés lors des nouvelles élections de la protection sociale solidaire. L'importance de cette protection sociale (aujourd'hui 31,3 % du PIB soit près du double du budget de l'Etat) justifie une gestion non effectuée par le privé ni par l'Etat. Il convient donc de supprimer les ARS et de réaffecter les personnels et les missions principalement dans les instances régionales de l'Assurance-maladie mais aussi dans les DRASS.
- La grande majorité du financement doit reposer sur la cotisation sociale. Cette mesure est encore plus importante aujourd'hui vu que près de la moitié du commerce mondial est un commerce intra-firme. Il faut donc effectuer les prélèvements sociaux au

moment de la création de la richesse et non en bas du compte de résultat des entreprises (fiscalisation) tellement la globalisation financière mondiale favorise l'évasion fiscale pour les multinationales par l'augmentation des prix internes des filiales transférant ainsi les « bénéfiques » là où l'imposition sur les sociétés est la plus faible et là où le transfert sur les paradis fiscaux est facilité.

Il convient de dire que ce projet ne vaut que dans le cadre d'une rupture avec le modèle néolibéral pour engager une lutte efficace contre les inégalités sociales qu'elles soient de santé, de logement, de revenus, d'accès aux services publics et donc aussi dans ce qui nous préoccupe, aux services de santé et de protection sociale.

Enfin, il convient de tenir compte du fait que les principales menaces ont changé depuis 1945. Alors que les maladies infectieuses étaient alors la menace principale, aujourd'hui ce sont plutôt les maladies chroniques (sida, cancer, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.). Cet état de fait doit nous entraîner à passer d'une logique de soins à une logique de santé de façon à inclure dans cette dernière toutes les préventions nécessaires (éducation à la santé, diminution des facteurs de risque, dépistage, etc.).

L'organisation alternative du système de santé⁽³³⁾

La formation de l'ensemble des personnels de santé devra se situer dans des universités de santé qui permettent des passages d'un statut à l'autre. Les numerus clausus devront être fixés uniquement à partir des besoins médicaux et sociaux de chaque territoire de santé. Toute autre approche (notamment comptable) devra être exclue. Il sera instauré un statut d'étudiant de santé salarié

³³ Tous ces points sont développés dans le livre intitulé « Contre les prédateurs de la santé » de Catherine Jousse, Christophe Prudhomme et Bernard Teper, édité par Osez la République sociale, Le parc des vignes, rue Panhard et Levassor 78570 Chanteloup les vignes. Catherine Jousse, chargée de mission dans une mutuelle, co-animatrice du Réseau Éducation Populaire (REP), ancienne secrétaire générale de la Fédération CGT des organismes sociaux, ancienne membre de la Commission exécutive nationale de la Confédération CGT. Christophe Prudhomme, médecin urgentiste au SAMU de Seine Saint-Denis, membre de la commission exécutive de la Fédération CGT de la santé et de l'action sociale, membre du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM), porte-parole de l'Association des médecins urgentistes (AMUF).

sous contrat avec engagement de service dans des territoires prioritaires. Par ailleurs, la formation continue des médecins ainsi que la recherche médicale qui dépendent actuellement quasi exclusivement de l'industrie pharmaceutique devraient s'inscrire et s'organiser dans le cadre de l'université.

Une organisation en réseau : du centre de santé au CHU

Il est proposé une meilleure articulation entre la médecine ambulatoire et les quatre niveaux de réponse que nous proposons :

a) les centres de santé, sans paiement à l'acte, structures à développer en priorité et de lier la pratique de ces centres aux services de santé publique, de la médecine scolaire, de la protection maternelle et infantile (PMI), de santé au travail, des équipes de psychiatrie...

Les centres de santé gérés par les municipalités ou des mutuelles peuvent servir d'exemples. Cependant leur mode actuel de financement n'est pas satisfaisant et une contractualisation avec les financeurs (Sécurité sociale et Etat) doit permettre de prendre en charge les frais de structure et les missions de santé publique. Il ne s'agit pas de s'attaquer en soi au fonctionnement libéral pour des raisons idéologiques mais d'inscrire le soin dans une logique de santé globale.

b) les centres hospitaliers généraux :

Au sein de chaque territoire de santé doit se trouver un hôpital général comprenant une activité de médecine et de chirurgie dans les principales spécialités, un service d'accueil des urgences (SAU), un SMUR ou une antenne SMUR, une maternité, un service de psychiatrie ainsi que des structures fixes et mobiles pour l'hospitalisation à domicile, la gériatrie, les soins de suites, les soins palliatifs. Il conviendrait de mettre en place une extension de missions de l'hospitalisation à domicile (HAD) avec des équipes dépendant des hôpitaux, dotées de personnels qualifiés pour assurer le retour à domicile des patients, tout particulièrement les personnes âgées. Cette activité sera en lien avec les centres de santé.

c) les établissements publics de psychiatrie de secteur ;

d) les CHU (centres hospitaliers universitaires) et CHR (centres hospitaliers régionaux)

Ces différents niveaux doivent être en lien en permettant à des praticiens d'exercer simultanément à plusieurs niveaux. L'inspiration de cette proposition vient de la sectorisation psychiatrique où une même équipe assure la continuité des soins : prévention, soins et suivi. Un processus ouvrant au développement d'autres types de rémunération que le paiement à l'acte.

Le secteur privé de l'hôpital public serait progressivement supprimé et remplacé par une rémunération normale des praticiens hospitaliers et chefs de service. L'argent de la protection sociale solidaire qui est du sa-

laire socialisé ne devra plus rémunérer des actionnaires du privé lucratif. Seul, le secteur public, le secteur privé non lucratif et les prestations médicales et paramédicales ambulatoires pourront à terme être financées par le système de la protection sociale solidaire.

Le secteur pharmaceutique

Il sera mis fin à tous les conflits d'intérêts : nul ne pourra participer aux agences de la santé publique ou aux commissions AMM et recevoir une rémunération de l'industrie pharmaceutique. Une structure nationale de santé publique associant les pouvoirs publics, les représentants des chercheurs et des cliniciens, les associations de patients et des parlementaires sera chargée de définir les priorités de recherche et de contrôler les relations entre la recherche publique et l'industrie. Seul un financement public exclusif permet d'assurer l'autonomie et l'indépendance des laboratoires de recherche. La recherche clinique qui s'organise en lien avec l'industrie pharmaceutique doit être strictement encadrée. L'objectif des études doit être de montrer l'éventuelle supériorité du nouveau traitement proposé par rapport au traitement de référence existant. Il faut aussi réfléchir à se doter d'une agence européenne de coordination qui aurait les moyens de contrebalancer les stratégies de lobbying de l'industrie pharmaceutique. Il sera mis fin aux remboursements partiels des médicaments : soit il apporte un vrai « service médical rendu » et il est remboursé à 100 % par l'Assurance-maladie où il ne l'apporte pas et ne doit pas être remboursé. La formation continue des professionnels de santé doit être contrôlée par un organisme indépendant sous la tutelle des pouvoirs publics et principalement réalisé par les universités de santé. L'industrie pharmaceutique peut être mise à contribution, comme le préconise d'ailleurs un récent rapport de l'IGAS. Par ailleurs, l'information de la population et l'éducation des patients ne peuvent être le monopole de l'industrie et devront être réalisées par l'Université de santé.

Pour un service public d'aide à l'autonomie sans barrière d'âge

Ce service public traitera aussi bien l'invalidité, le handicap et les personnes âgées dépendantes. Un plan pluriannuel de construction d'Ehpad public ou privé à but non lucratif sera engagé pour lutter contre les inégalités sociales médico-sociales. Un système de prestation de service pour les frais de fonctionnement des Ehpad sera mis en place comme dans le cas des crèches publiques. Les allocations devront être délivrées du GIR 1 au GIR 5 pour les personnes âgées dépendantes. Il conviendra d'augmenter de 1,5 % du PIB l'effort d'ici 2025 pour ce secteur dans lequel les solutions néolibérales (assurances privées notamment) seront exclues.

Retraites

Comme l'ont montré toutes les conférences du Réseau Education Populaire (REP, www.reseaueducationpopulaire.info), du Réseau Salariat (www.reseau-salariat.info) ou des conférences gesticulées du Pavé, il n'y a pas plus de problème démographique pour la retraite que de famine malgré 10 fois moins de paysans et plus de 2 fois plus de bouches à nourrir entre 1960 et 2010. Malgré le passage d'un rapport de 6 retraités pour 10 actifs en 2010 à 9 retraités pour 10 actifs en 2050, le salaire moyen disponible augmente dans la même période de 50 % pour une croissance de la richesse de 90 % (chiffres du Conseil d'Orientation des Retraites dont les membres sont majoritairement désignés par le gouvernement et le patronat). D'ici 2050, il conviendra de passer à 18 % du PIB pour servir les retraites à 60 ans pour tous et toutes sans décote. Sur le temps long, la nécessaire émancipation démocratique impliquera de passer à un salaire à la qualification personnelle (qui se poursuit à la retraite) et non au poste considéré.

Politique familiale

Il convient de lancer un programme pluriannuel sur 5 ans de 300 000 places de crèches collectives et familiales tout en déplaçant la prestation de service et en sanctuarisant ce secteur de la directive services dans le marché intérieur de l'Union européenne. Les allocations familiales qui seront revalorisées seront servies dès le premier enfant et prendront la forme d'une allocation socialisée à l'enfant et au jeune (équivalente pour chaque enfant quel que soit son rang) jusqu'à son premier emploi stable (incluant par là même l'allocation étudiante demandée par l'UNEF), versé aux parents jusqu'aux 18 ans de l'enfant puis directement au jeune adulte ensuite. Cette solution va de pair avec la suppression des quotients familial (remplacé par un crédit d'impôt forfaitaire par enfant payé à tous y compris à ceux qui ne paient pas d'impôts) et conjugal. Ainsi, les foyers des deux déciles supérieurs n'auront plus d'avantages indus.

Assurance chômage

Dans le but de prendre le chemin de l'émancipation, il conviendra de prévoir un processus visant à intégrer l'assurance-chômage dans le principe du salaire lié à la qualification personnelle et non plus au poste du dernier emploi. Ce point mérite un développement qui sera repris ailleurs.

Quelles sont les mesures à mettre en œuvre dans les trois premiers mois ?

Comme il faut engager un processus de temps long pour transformer le système actuel en un système de santé et de protection sociale solidaire, il faut que dans les trois premiers mois, tous les processus soient enclenchés

sur une dynamique pluriannuelle. La première chose à faire est de créer un ministère d'Etat, ministère de la Protection sociale qui sera chargé entre autres du pilotage de cette dynamique pluriannuelle. Dans la période intérimaire, le pilotage ministériel utilisera le principe de la contractualisation pour aller de l'existant au projet futur d'une santé et d'une protection sociale solidaire.

Comment financer-vous vos propositions ?

Le cœur du financement provient d'une reformation du partage de la valeur ajoutée. Ce nouveau partage des richesses est rendu nécessaire par le transfert néolibéral d'environ 9 points du PIB (pour un PIB 2010 de 2000 milliards d'euros, un élève de CM2 peut calculer que cela correspond à 180 milliards d'euros par an (alors que le fameux « trou de la sécu » est de 25 milliards d'euros) par an des salaires directs et socialisés vers les profits si nous prenons notre référence le partage de la valeur ajoutée d'il y a 30 ans. Pour nous, un gouvernement de gauche devra engager un processus de reformation du partage de la valeur ajoutée sans lequel aucune transformation sociale et politique n'est possible. Pour y arriver, il convient de prendre diverses mesures dont la sanctuarisation des cotisations sociales y compris celles qui sont appelées à tort « patronales ». Si le gouvernement veut aider des entreprises, il peut le faire en direct du budget de l'Etat à l'entreprise mais sans toucher à ce bienfait pour l'humanité que représente la cotisation sociale. Une contribution sociale assise sur les revenus financiers des entreprises et sur le profit non réinvesti dans l'investissement productif sera décrétée. Une surcotisation patronale irriguera un fonds mutualisé géré par l'Acos qui viendrait en remplacement des entreprises défaillantes. La soumission à cotisations sociales des revenus issus de l'intéressement, de la participation et des plans d'épargne d'entreprise (PEE).

Nous refusons le principe de l'augmentation de la TVA, de la CSG et celui de la fusion IRPP-CSG qui mettrait fin à la sanctuarisation nécessaire du financement de l'assurance-maladie que nous souhaitons transformer en assurance-santé. Nous proposons donc d'entrer dans un processus visant à « dégonfler » progressivement les complémentaires santé parallèlement au passage du remboursement Assurance-maladie à 100 % pour les soins utiles et nécessaires (y compris le dentaire, l'optique et les prothèses auditives).

Quant aux mutuelles, une loi-cadre définirait les modes de financement des mutuelles dans leurs actions de prévention (secteur à développer fortement), de soins à domicile, de centre de santé (l'actuel livre 3 du Code), d'Ehpad, de prévoyance et d'Incendie, d'accidents et risques divers (IARD).

Contribution de M. le D^r Omar Bixi, de M. le P^r Michel Thomas & de M. le D^r Jean-Claude Salomon : Quelle santé pour tous dès 2012 ?

*NDLR: M. le D^r Omar Bixi est médecin épidémiologiste et enseignant de santé publique.
M. le P^r Michel Thomas est professeur honoraire de médecine interne. M. le D^r Jean-Claude Salomon est médecin,
directeur de recherche honoraire au CNRS, membre du Conseil Scientifique d'Attac.*

Comment une majorité de gauche pourrait parvenir à faire évoluer les services et le système de santé vers plus d'utilités et d'efficacité ?

- **dès les premiers mois**, après l'accession de la gauche à des responsabilités dans le secteur de la santé.
Pour entendre les attentes et les besoins des gens.
Pour libérer les énergies dévoyées ou contenues afin de freiner les dégradations de toutes sortes.
Pour rétablir et gagner la confiance des gens.
Et surtout redonner la conviction que d'autres possibles sont à notre portée.
- **tout au long d'un quinquennat**, où l'on n'a plus le droit de décevoir, pour inventer ensemble les voies et les moyens d'un autre système de soins et de santé.
Un système reconstruit par et pour la société,
Où la santé n'est pas une fin en soi ou une part juteuse d'un marché vorace, mais bien le support d'un cadre de vie solidaire, à finalité humaine et sociale.

Les propositions que nous avançons dans ce document ne sont ni finalisées, ni arrêtées. Elles veulent juste indiquer des directions possibles, oser des propositions concrètes mais ouvertes, pour dire que des solutions palliatives et alternatives sont possibles. Il y a un problème de ressources. Mais aussi probablement, d'affectations et d'utilisations de ces ressources. Plus fondamentalement et c'est notre idée centrale, il est possible d'obtenir de meilleurs soins et un meilleur état de santé pour tous, si l'on réussit sortir ou à renverser les logiques du consumérisme, des surmédicalisations, des sous-médicalisations, des sur-diagnostic, et des sur-traitements. Plus de soins ne produisent pas nécessairement plus de santé. Les choix doivent être socialement négociés, contrôlés et scientifiquement fondés. Les inégalités sociales de santé en sont la figure hideuse et intolérable dans ce qu'on appelle les progrès d'ensemble.

Nous partons de l'hypothèse d'une enveloppe budgétaire fermée, de 10-11 % du PIB consacrée à la santé. Nous pensons qu'une démarchandisation, partielle et progressive, aussi rapide que possible, d'une part déci-

sive des activités, libérerait des marges de choix et des ressources. Nous admettons que le secteur de la santé comme de larges secteurs de la société puisse être, au moins au début, sur des postures de réserves, pour le moins. La gauche au pouvoir au cours des trente dernières années fut si décevante.

La force de cette politique se décidera au degré de la confiance et de la participation de la population et des professionnels, qui au fur des mesures concrètes et probantes, percevront le sens des décisions et accepteront de s'engager dans un processus de démocratie sanitaire. Bien entendu tout ne réussira pas sans effort, ni sans difficultés. Chaque occasion devra être saisie pour avoir de plus en plus l'initiative politique et sa base sociale.

Durant les 100 premiers jours, ces mesures devraient :

- ni coûter cher, peut-être même, pourraient-elles générer des économies,
- n'exiger qu'un minimum de modifications réglementaires,
- exprimer la détermination du pouvoir à agir,
- indiquer clairement l'orientation en matière de santé,
- être prises dans un ordre et à un rythme aussi significatifs que leurs contenus,
- être aisément comprises par tous : population et professionnels, partisans et opposants,
- donner le temps d'étudier sans hâte des mesures plus sur le fond et la durée,
- être distinctes de l'abrogation des mesures prises par les gouvernements de droite ;
- être innovantes, du moins pour certaines d'entre elles.

1^{re} préoccupation, 1^{res} mesures : Améliorer sans préalable l'accessibilité pour toutes et tous aux services essentiels rendus disponibles à tous et à toute heure.

1.1 En matière d'urgences médico chirurgicales

La réorganisation de l'accès aux soins et services d'urgences est une URGENCE. A la mesure des désarticulations et des dispositifs actuels, illisibles et non fonctionnels et plus coûteux mais aussi des enjeux médico sanitaires et humains. Il faut répondre aux besoins et demandes des gens, quels qu'ils soient, en tous lieux et à toute heure. Ce n'est pas les « bobos » des gens qui sont à « réaménager ou à dédaigner » mais les réponses les plus appropriées qui sont à ajuster. Des réponses appropriées réduiraient la létalité (nombre de décès/nombre de malades) mais aussi la gravité et les complications, outre l'angoisse et les fragilités de toutes natures, celles des plus vulnérables avant tout. La sécurité de la santé des gens n'est pas à opposer à la sécurité des interventions des professionnels du secours et du 1^{er} recours.

Les critères suivants devront éclairer la décision publique :

- la proximité des lieux de vie et de travail, en étant attentifs aux populations et zones les plus enclavées,
- l'absence de toute barrière financière, car ce qui n'est pas contenu au 1^{er} recours, coûtera encore plus à d'autres niveaux de prise en charge, à la collectivité d'abord,
- la hiérarchisation des niveaux d'urgences et de leurs modes de prises en charges. On ne peut traiter de manière indiscriminée les cas de degrés de gravités et de risques différents.

Cela passe par :

- le rétablissement et l'élargissement des obligations d'assurer une garde et/ou une astreinte pour tous les praticiens médicaux et paramédicaux, pour les agents techniques et administratifs, dans tous les services concernés, publics ou privés, ambulatoires ou hospitaliers.
- le renforcement du portail unique dédié aux appels (Centre 15),
- et surtout de nouvelles délégations des tâches à tous les métiers du secours pour trier, répartir et organiser les interventions à domicile ou sur les lieux concernés. Des expériences originales et peu coûteuses existent dans de nombreux pays qui ont fait d'autres choix que la vieille conception libérale, administrative et hospitalo-centrée.

1.2 En matière de soins ambulatoires

L'accès des « patients » aux services de santé et aux soignants dont principalement auprès du médecin généra-

liste, mérite et nécessite, une autre considération et organisation que les contraintes financières et réglementaires, en vigueur. Le passage par le médecin traitant, qu'il soit dans un centre de santé, une maison médicale, de santé, un cabinet de groupe, devrait devenir attractif, utile, et accessible, pour toutes et tous, dans de larges plages horaires. La question de l'accès aux soins de 1^{er} recours a à voir avec la médecine libérale telle qu'elle est organisée, avec les centres de santé tels qu'ils ont été au fur et à mesure « encadrés » et aux maisons médicales et de santé telles qu'elles tentent d'exister dans une grande diversité de formes et de fond.

Cela suppose que dès les premiers jours, il faudra :

- renouer avec les médecins qui ont montré depuis des années une volonté de modifier leurs pratiques et leurs statuts. Ceci concerne au premier chef les généralistes qui avaient opté pour le statut de médecins référents. Mais ceci devrait être ouvert à tous les praticiens libéraux, toutes catégories confondues. Ils doivent être entendus et compris à propos des CAPI, du paiement à la performance et sur toutes les variantes statutaires conduisant à une reconnaissance du rôle central de leur métier. Ce sont des interlocuteurs prioritaires. Ce sera aussi une étape décisive pour sortir du paiement à l'acte.
- les conseils nationaux de l'Ordre des médecins et des dentistes seront en même temps mis en demeure d'accomplir sans défaillance la totalité de leurs missions, en agissant contre les refus de soins, les dépassements d'honoraires outranciers et les conflits d'intérêts. Comme ils devront corriger des contrats asymétriques dont les médecins peuvent être signataires. Les dispositions des contrats contraires à la loi et à l'intérêt des patients doivent être considérées comme nulles.
- La majoration du C, allant résolument vers l'égalité C = CS doit accompagner le retour au respect des honoraires négociés en attendant l'évolution rapide des modes de rémunérations. Tout dépassement d'honoraires ou remboursement, partiel ou intégral, seront considérés comme des pratiques commerciales illégales.

1.3 En matière de soins hospitaliers (hôpitaux publics, privés, à but non lucratif et lucratif)

Les différentes manifestations de souffrances et de désaccords des personnels hospitaliers doivent être entendues et prises en compte. L'encombrement des services d'urgence, l'usure, les rythmes et le turn over des personnels infirmiers, les dérives de toute l'organisation et le fonctionnement hospitalier aggravés par l'instauration inflationniste de la tarification à l'activité (T2A), la surcharge de travail des personnels infirmiers considérable-

ment aggravée par les suppressions de postes au cours de la dernière décennie, ont atteint des niveaux qui risquent de désarticuler un édifice patiemment édifié depuis des siècles. Les malades et les familles souffrent de la difficulté à dialoguer avec les médecins et du sentiment d'être un objet parfois dépersonnalisés dans une institution dont les services sont cloisonnés. Patients et soignants ressentent l'administration plus préoccupée par le respect du formalisme et par la gestion comptable que par la qualité des soins, plus fascinée par les moyens que par les résultats. Le Mouvement de défense de l'hôpital public a clairement montré la bonne direction pour la réforme des hôpitaux publics.

Un redressement et une réorganisation doivent être construits sur les bases suivantes :

- le système hospitalier a pour vocation prioritaire la dispensation de soins, définis sur des bases rigoureuses avec les techniques appropriées. Ni les dividendes des actionnaires, ni les intérêts corporatistes des personnels ne peuvent prendre le pas sur l'intérêt général, ni sur l'intérêt de chaque patient.
- les hôpitaux, quels que soient leurs statuts, participent au service public et s'inscrivent dans l'organisation sanitaire régionale et nationale dont le schéma devra rapidement être remis à l'étude.
- en dehors des urgences, les soins hospitaliers sont dédiés aux affections et aux malades dont l'indication et l'orientation passent par le 1^{er} niveau. Y compris pour permettre au médecin traitant de continuer à suivre ses malades et participer à la coordination du parcours de soins.

Ces efforts passeront par :

- le réexamen de la récente loi HPST (Hôpital, patients, santé, territoires). Certaines dispositions doivent être abrogées, d'autres conservées telles quelles ou aménagées.
- les pourvois des postes ouverts par des recrutements accompagnés non des logiques de rationnements en cours mais plutôt d'un mouvement de réduction des sur-diagnostics et des sur-traitements.
- et surtout le rétablissement d'un climat de dialogues et la réouverture de négociations avec toutes les catégories en présence des représentants des populations desservies pour que les arbitrages prennent en compte tous les intérêts bien compris et les fonctions d'un service public dont la réputation est à rétablir.

1.4 En matière d'accès **aux investigations nécessaires**

Leurs indications : une partie des risques et des coûts est occasionnée par la gabegie, le manque de rigueur et le manque de prise en compte de l'intérêt collectif. Une

révision des nomenclatures et accords de bons usages sera entreprise avec la double implication. Faut-il se préoccuper de nomenclature dès lors qu'il n'y aura plus de T2A ?

- Celle des représentants de la population, mais aussi des services payeurs, d'économistes et des experts dont l'indépendance aura été vérifiée au grand jour participera enfin à un arbitrage transparent sur ce qui est vital, nécessaire, utile ou futile...
- Et celle des agences réunissant l'expertise nationale et coopérant avec l'expertise internationale, dans des rapports à redéfinir, devra réviser les contenus des référentiels et standards de bonne pratique pour encadrer, éclairer et veiller sur les prescriptions des examens et investigations de toutes natures.

1.5 En matière d'accès **aux médicaments utiles**

- Une liste de produits à la toxicité avérée : une 1^{re} mesure de sécurité sanitaire consistera à dresser une liste de produits, remboursables ou non, dont la toxicité est soupçonnée et dont le rapport risques/bénéfices est élevé. Cette liste devra être établie dans un délai d'un mois par des experts reconnus pour leur indépendance et leurs compétences, et les produits retirés aussitôt du marché, jusqu'à ce qu'une connaissance suffisante permette une décision définitive.
- A partir de la pharmacopée existante sera dressée une liste des médicaments essentiels. Cette liste sera diffusée, avec pour chaque médicament les raisons scientifiques du choix et ses principales indications. Ces médicaments de prescriptions génériques ou non seront retenus pour leur rapport bénéfice/risque le plus élevé.
- Comme tous les produits essentiels ils devront être pris en charge à 100 % par l'assurance-maladie obligatoire.
- Une étude de faisabilité pour la création d'une entreprise de l'économie sociale et solidaire, distributrice de médicaments génériques essentiels à des prix publics voisins de leur prix coûtants, sera rapidement menée à terme, de préférence en collaboration avec des partenaires européens.
- Une mission indépendante sera mise sur pied pour former des délégués de l'assurance-maladie, comme cela a été fait dans l'Aude. Cette mission portera sur les prescriptions de quatre classes de médicaments : antihypertenseurs, statines, antibiotiques et inhibiteurs de la pompe à protons. Elle touchera quatre départements pas classes (16 départements au total). Cette mission doit être considérée comme un projet de recherche-action par extension de l'expérience réalisée dans l'Aude en 2005-2006.
- L'information apportée par la publicité est pauvre, son exonération de taxes n'est pas justifiée. Étendre

l'assiette de la taxe sur la promotion des produits pharmaceutiques par inclusion de la publicité dans la presse médicale est parfaitement justifiée. L'extension de l'assiette de la taxe sur la promotion des produits pharmaceutiques servira au financement de la formation continue indépendante des professionnels de santé. On envisagera simultanément de taxer les dépenses de marketing pour ces mêmes industries. Modifier cette taxe de façon à ce que son rendement ne pèse plus presque uniquement sur la première tranche, mais sur toutes les dépenses de promotions finira par s'imposer. Il se peut que certains abattements soient pertinents et qu'il convienne de les conserver. Ces mesures furent recommandées assez récemment par l'Inspection Générale des Affaires Sociales. Le produit de cette taxe devra être consacré au financement des mesures destinées à desserrer l'étreinte des lobbies de santé sur l'information des professionnels.

1.6 Le rétablissement de l'indépendance absolue de la Médecine et des médecins du travail vis-à-vis des employeurs sera immédiatement décidé

2^{es} préoccupations, 2^{es} séries de mesures: Affirmer des choix politiques de santé pour tous et les mettre en œuvre.

2.1 En matière d'inégalités de santé, de solidarité et de protection sociale

15 % de la population déclaraient il y a quelques années avoir renoncé à des soins pour des raisons financières. Ces renoncements ne se concentrent plus seulement sur la santé bucco-dentaire, les lunettes et les consultations chez un spécialiste. Ils entraînent de véritables menaces sur la santé d'un nombre croissant de familles. L'IGAS estime que les dépassements d'honoraires « constituent un recul de la solidarité nationale ». Deux milliards d'euros, c'est le montant des dépassements d'honoraires qu'ont payés les Français à leurs médecins en 2007. Selon le rapport Briet sur le bouclier sanitaire, il existe actuellement un million d'assurés en ALD (affections de longue durée) (11,8 % des effectifs totaux) qui supportent un reste à charge supérieur à 600 € par an. C'était du moins les chiffres en 2007, mais la situation n'a cessé de se dégrader depuis, principalement aux dépens des foyers les plus modestes, là où le non-recours aux soins s'observe le plus souvent.

- Pour la collectivité, en dehors de toute considération humanitaire, mieux vaut élargir sans plus attendre la prise en charge collective à 100 % des foyers à faibles revenus et aller rattraper ceux qui

pratiquent le non-recours aux soins, pour éviter de les retrouver trop tardivement plus gravement malades et justiciables de soins beaucoup plus coûteux. C'est pourquoi le gouvernement devra d'urgence finaliser l'extension vers le haut de la CMU et de la CMU complémentaire.

- Dès les premiers contacts avec les syndicats représentatifs des personnels de santé, seront mis sur la table l'effacement du reste à charges et l'extension de la complémentaire santé gérée par la CNAM. Cette mesure s'appliquant aux foyers dont les revenus se situent dans les 2, puis 3, puis 4 premiers déciles dans l'éventail des revenus, pour atteindre finalement le revenu médian en 3 à 4 ans. Ceci afin de donner sans tarder un coup de pouce de quelques centaines d'euros de pouvoir d'achat aux foyers les plus démunis. Financement assuré par l'application de la progressivité de la CSG aux contribuables ayant 10 % des revenus les plus élevés.
- Le rétablissement de l'Aide médicale de l'Etat aux normes de 2009 sera décidé, en attendant des mesures plus globales en direction des catégories les moins favorisées.

2.2 En matière de liens et conflits d'intérêts

- Un texte réglementaire ou une loi de transparence, inspirée par le « Sunshine act » définira les termes des déclarations d'intérêts par ceux qui donnent et par ceux qui reçoivent. Il concernera les membres des professions de santé, les responsables politiques et administratifs et les personnes morales qui sont l'objet de dons sous les formes les plus diverses de la part des industries de santé, des entreprises de services du domaine sanitaire et des producteurs de produits alimentaires et diététiques. Ces déclarations obligatoires seront exigées sans retard. Ce sera un pas décisif contre la corruption. Que les dons proviennent d'entreprises nationales ou étrangères actives en France et/ou qu'ils s'adressent à des résidents en France ou à des personnels y travaillant.
- Pour éviter le cumul des fonctions des experts et leur maintien trop longtemps dans des positions de pouvoir multiples, il conviendra de recenser l'ensemble des conseillers et consultants qui figurent, ou ont figuré, dans les réseaux d'experts du ministère de la Santé et des Affaires Sociales et des services dépendants ou sous sa tutelle, dans le courant des cinq dernières années. Un état récapitulatif de tous les comités, commissions et groupes de travail dans le domaine de la Santé et des Affaires sociales sera établi. Combien sont-ils, depuis quand participent-ils à ce réseau de fait et à quel titre. Ceux qui cumulent plusieurs positions seront, dans des conditions à

définir, tenus de choisir la position qu'ils pourront conserver.

- Elargir méthodiquement le nombre des membres de ces réseaux détenteurs des prérogatives attachées à des fonctions d'intérêt général, pourrait être un des éléments de la démocratisation sanitaire. Ce qui aurait aussi l'avantage de renforcer en le renouvelant l'intellectuel collectif qui étoffe, conseille et relaie l'administration publique. La parité hommes/femmes est aussi un objectif à court terme vers la démocratie sanitaire.

2.3 En matière de formation initiale et continue des professionnels de santé

Une approche globale de ces formations sera mise en chantier et prendra du temps, car elles conditionnent l'évolution de tout le système de santé. Ce sera une remise en perspective des relations des professions entre elles, du partage des tâches et des responsabilités pour les soins, la prévention et la santé publique. L'implantation territoriale des professionnels, aujourd'hui très inégale, le recrutement des étudiants, leurs origines sociales ; tout sera pris en considération au regard des besoins immédiats et futurs de la population, comme des moyens d'action consentis par la collectivité. L'engagement commun de la Santé et des Affaires Sociales et de l'Enseignement Supérieur ne signifie pas que tout sera décidé en haut. Des consultations longues et dans certains cas des avis contradictoires seront recueillis. L'actuel système de sélection des étudiants en santé (médecine, pharmacie, dentaire, maïeutique) n'est pas satisfaisant, la 1^{re} année des études de santé nécessitant un intense bachotage qui fait le miel des officines privées de préparation et abouti dans la grande majorité des cas à allonger d'un an les plus longues des études ! Un groupe d'experts sera immédiatement chargé de faire le point sur les 2 premières années d'existence de cette « première année des études de santé » afin de présenter les propositions aptes à ne pas allonger de facto les études médicales au premier chef.

Deux mesures d'application rapides seront décidées :

- En attendant que la diversification du mode de recrutement des étudiants en médecine, dont la conception actuelle trouve peu de défenseurs, un recrutement d'infirmières et de sages femmes pour une entrée directe en seconde année des études médicales, avec des bourses d'étude d'un montant équivalent au salaire. Ce recrutement viendrait en sus du quota annuel des étudiants du cursus classique. La sélection serait faite par un examen national d'admissibilité sur la base du savoir infirmier. Les candidatures seraient régionales. Chaque région pourrait recruter 15 infirmières et 5 sages femmes (520 postes dès la rentrée 2012). Les candidates

devraient avoir exercé au moins cinq ans au contact direct des patients. Pour l'admissibilité il faudrait une moyenne $> 12/20$. L'épreuve finale serait sur entretien avec des jurys composés pour 1/3 de généralistes enseignants, 1/3 de PU-PH, et 1/3 d'infirmières ou de sages femmes expérimentées.

- Quant à la formation continue des généralistes, en accord avec l'Education Supérieure, nous envisageons la création de 50 postes de PU-PG (Professeurs des Universités – Praticiens Généralistes) chaque année pendant 5 ans. Considérés au même titre que les PU-PH comme bi-appartenants, ces postes seront mis au concours parmi les praticiens de moins de cinquante ans, ayant plus de 10 années de pratique généraliste. Les profils de carrière de ces médecins et leurs rémunérations étant alignées sur la grille indiciaire des PU-PH (professeurs des universités - praticiens hospitaliers). Le premier concours de recrutement sera ouvert à la rentrée 2012. Ces enseignants auront pour tâche de consolider et d'étendre la formation des généralistes et d'organiser en toute indépendance leur formation continue, comme celle des autres professionnels de santé. Il n'est pas normal que la collectivité paie trop cher les médicaments et que les producteurs industriels se trouvent seuls capables de financer la formation continue, ce qui n'est pas le meilleur moyen pour la promotion d'un savoir indépendant profitable aux malades.

2.4 En matière de recherche et de développement

- *La recherche clinique* sera promue grâce à un financement important, abondé par les taxes sur la publicité et sur le marketing des produits pharmaceutiques (sans accroissement du prix des médicaments remboursés). La mise en service quasi immédiate du registre général des essais cliniques, sera confiée à la HAS.
- *La recherche en santé publique* aura un statut plus favorable lié à un accroissement indispensable du nombre des chercheurs et des moyens mis à leur disposition. La tutelle des banques publiques de données, qui sont des biens communs, sera partagée par la HAS, la CNAM et l'INSERM. Un projet de développement de ces banques rendues interopérables ira de pair avec la mise en œuvre immédiate du dossier médical personnalisé (DMP). D'abord pour être rodé dans 2 ou 3 régions. Les épidémiologistes ne seront pas les seuls à tirer parti des outils de stockage et de brassage de ces données informatisées qui faciliteront l'accès à une connaissance globale de la santé.
- *Une grande base des données sanitaires et sociales* est un outil scientifique et l'instrument irremplaçable d'une aide à la décision publique. Les conservateurs

répugnent à cette approche globalisante qui facilite la connaissance systémique de la société. Les inégalités cachées ou invisibles font système avec les inégalités visibles qu'elles enracinent en profondeur. La division du savoir en spécialités et en disciplines différentes accroît l'étendue mal visible du système social. L'informatique est une version contemporaine de la langue d'Ésope. On peut la manier ou la paralyser pour le meilleur ou pour le pire.

- *Les chercheurs du secteur public de la santé* dans les grands organismes (INSERM, CNRS, IRD etc.), dans l'université et dans les hôpitaux disposeront dans chaque région d'un guichet unique pour tout ce qui concerne toutes leurs relations avec les administrations : demandes de contrat, gestion des différents comptes, déclaration des conflits d'intérêts, relations avec les comités d'éthique et les comités et commissions scientifiques, relations avec les bases de données, relations avec la CNIL, déclaration et autorisations les plus diverses, conseils juridiques, rédactions ou supervision des contrats en partenariat avec l'industrie, dépôts de brevet et *creative common licenses* etc. Ces guichets devraient fournir des services équivalents aux services offerts par les CRO (*contract research organization*) : aide à la rédaction et à la traduction des manuscrits, aide à l'analyse statistique des données, à la préparation des protocoles d'essais cliniques et à la constitution de réseaux d'expérimentation clinique ou épidémiologiques. C'est-à-dire ce qui pour le moment est offert « gratuitement » par les industriels et qui contribue à l'aliénation des chercheurs. Là aussi le financement sera assuré par les taxes sur la publicité et sur le marketing des produits pharmaceutiques. Les organismes de recherche scientifique verront une progression de leur budget pour stimuler la compétitivité des laboratoires et renforcer leur indépendance, bien plus propices à l'innovation que des liens contraints avec des industriels. Ce qui ne signifie pas le rejet de tels liens, mais leur nécessité circonstancielle dans un contexte régulier et transparent.

3^e série de préoccupations : Renouer avec une véritable industrie du médicament

Les industries des produits de santé, le complexe médico-financier, à tort ou à raison furent mis en cause dans la corruption du système de santé. Ceci a concerné l'industrie pharmaceutique bien au-delà de l'affaire Servier et de la récente affaire des prothèses mammaires défectueuses. Il en résulte une intolérable perte de confiance des citoyens très injuste envers les industriels

honnêtes qui fabriquent et distribuent des produits de qualité à des prix raisonnables. L'étendue de la corruption est mal connue, elle contamine des organes administratifs responsables de la régulation et des contrôles de qualité.

- A la suite du rapport de l'IGAS, il faudra mobiliser le groupe de Prescrire et le Formindep pour diligenter un audit externe des organismes publics de régulation des médicaments. Leur indépendance exigeante et leur regard original amplement démontrés, rendent leur intervention irremplaçable.
- Une étude de faisabilité pour la création d'une entreprise de l'économie sociale et solidaire, distributrice de médicaments génériques essentiels à des prix publics voisins de leur prix coûtants, sera rapidement menée à terme, de préférence en collaboration avec des partenaires européens.

4^e ordre de préoccupation : Revenir à une véritable régionalisation

Les agences régionales de santé ne sont pas le lieu où peut s'exercer l'arbitrage entre des directives européennes et nationales. Ce sont des centres d'initiatives où l'expérimentation sociale rigoureuse peut être développée et évaluée, sous le contrôle des Comités régionaux de l'organisation sanitaire et social, des Conférences régionales de santé, des comités régionaux d'éthique (CCPPRB) ; toutes institutions qui doivent favoriser la démocratie sanitaire dans l'application des Programmes régionaux de santé.

Une option de fond : Libérer l'intervention sociale et la créativité des professionnels.

Deux directions stratégiques seront encouragées, celle de l'intervention constante, individuelle et collective, des malades, patients, consultants, usagers et citoyens :

- Les dispositions de la loi de 2002 et 2004 sur les droits des patients doivent être relancées avec une vision où le contrôle social prime sur le contrôle institutionnel.
- Un système vivant encouragera la participation de toutes et tous, professionnels mais aussi bénéficiaires aux différents échelons du système.

Si ces mesures rejoignent l'intérêt, l'intelligence et l'adhésion des gens, toutes les réformes voire les refontes sont possibles pour peu que soient définies les lignes d'intérêt général et acceptés les termes du compromis pour vivre et travailler ensemble. Mais agir sur le court terme ne peut avoir du sens et ouvrir sur des lendemains que si des réformes de fond sont exposées, débattues, et arbitrées.

Parmi ces réformes, là aussi, nous prenons notre part au débat avec les propositions suivantes :

Sur la durée du quinquennat : En vingt ans la consommation médicale et la part des dépenses consacrées à la santé ont pratiquement doublé. L'espérance de vie à 60 ans continue à croître. En même temps l'application irrationnelle de techniques de plus en plus sensibles de recherche de signes génétiques, biologiques, morphologiques (par imagerie), a conduit à trouver de tels signes chez un nombre croissant de bien portants. Mettant ainsi un terme à leur conscience d'être en bonne santé. En tamisant avec des tamis de plus en plus fin la population des biens portants on retient dans le compartiment des malades un pourcentage croissant de la population. La pénurie de moyens risque de s'installer, entre autres de moyens humains. Un tournant semble s'amorcer. S'il est pris et compris, il redeviendra possible d'organiser l'avenir à moyen terme avec beaucoup de prudence, beaucoup d'informations pertinentes, beaucoup de rigueur et beaucoup de modestie.

Dans la plupart des pays un débat public est ouvert entre les partisans de l'extension des dépistages organisés systématique à toute la population par tranches d'âge et les partisans d'un dépistage précoce limité aux groupes à risques. Ce débat pour des raisons diverses n'a pas pu avoir lieu en France. Ceci vaut pour les cancers du sein, mais pour d'autres cancers et pour des pathologies très diverses. Par exemple le dépistage de l'hypertension artérielle, du diabète de type II, de l'obésité, des dyslipidémies. Laisser les choses évoluer sans éclaircir ces questions revient à favoriser les sur-diagnostic et les sur-traitements avec toutes les conséquences défavorables pour les patients et les patientes qui en résultent.

1. Le recrutement des professionnels de santé

Pour faire face à ces besoins, les professions de santé devront recruter dans toutes les couches de la société des jeunes gens très divers. Pour ce qui concerne les professions à formation longue : médecins, pharmaciens, dentistes, plusieurs tendances sont intéressantes :

- réserver dans les concours de recrutement 1/3 des places pour les étudiants des filières littéraires, humanistes et pour des praticiens issus des professions paramédicales.
- donner un coefficient suffisant aux épreuves non QCM.
- évaluer la nécessité de pérenniser les formations privées payantes, dont l'existence témoigne de la faiblesse des facultés de médecine.
- diversifier le recrutement social des étudiants pour les formations longues.

- envisager de renverser la tendance qui a régulièrement conduit à allonger le cursus universitaire.

Le problème des déserts médicaux constitue un véritable sujet d'inquiétude, compte tenu de l'âge des médecins notamment dans les zones difficiles. Ce catastrophisme prophétique, mérite qu'on entende, qu'on s'informe au-delà des propos souvent connotés par le corporatisme et que d'urgence on prenne le temps de la réflexion. A tout prix, éviter les grands coups de barre. Il s'agit d'action à long terme pour laquelle on doit disposer des outils analytiques maniabiles pour cartographier les besoins. Comment avoir de surcroît une idée approchée de la ligne de séparation entre les besoins et les désirs ? La collectivité publique doit concentrer ses moyens sur la satisfaction des besoins de santé. La satisfaction des désirs ressortit, elle, d'un choix individuel. Le service public, en continu remaniement adaptatif, doit être fondé sur une solidarité étendue à toute la santé pour les besoins ressentis et non ressentis, pour toute la population. Ce qui implique une rigueur parcimonieuse des moyens engagés.

Revenant à la démographie des professions de santé, il convient d'énoncer quelques idées simples :

- il n'existe pas de normes de densité qui s'imposeraient à partir d'une relation simple avec les données de morbidité. L'évolution des besoins doit néanmoins être prise en compte.
- le suivi des populations de professionnels de santé doit être global. En tant que prestataires de services techniques la grande diversité des professions de santé ne doit pas masquer la continuité des objectifs au sein d'un ensemble commun. L'ensemble des professions doit être analysé dans ses parties et comme un continuum. Ces études doivent être coordonnées, rapprochées, puis combinées. Des études initiales moins longues et un enseignement continu plus exigeant répondent mieux à la nécessité de suivre le mouvement médical, au plus près de son activité professionnelle. La multiplication des spécialités, sous spécialités, et des médecins spécialistes aux dépens du métier de généraliste et de la médecine de premier soin pose problème. Il conviendra d'aller vers l'inversion du ratio médecins spécialistes/généralistes.
- il faut en même temps analyser
- les caractéristiques des professionnels et leurs parcours de formation initiale
- les données concernant leur formation continue
- la dynamique de leurs activités et de leurs compétences.
- la collecte des données et leur mise à jour doivent être permanentes, afin de pouvoir faire des prévisions à moyen terme continuellement actualisées et

d'avoir des indications en vue d'ajustements locaux ou régionaux au fur et à mesure. La cartographie des territoires sanitaires à différentes échelles doit être dessinée à titre expérimental sur deux ou trois aires limitées, pour apprécier si elle ajoute des détails utiles à la gestion des moyens et du système de santé. Si l'inertie du système est grande, il y a d'autant plus de possibilité de l'adapter qu'on agit par petites touches, sans décision fracassante, tout en étant capable de reconnaître et de corriger les erreurs sans nul retard.

2. En direction de praticiens de toutes les spécialités (incluant la médecine générale) et de toutes les professions de santé, quelques tendances seront envisagées :

- Tirer vers l'enseignement supérieur la formation initiale aux métiers de la santé qui n'y sont pas encore dans les universités ou dans des écoles supérieures ;
- Raccourcir la formation initiale de façon significative, ce qui consiste à inverser la tendance actuelle, ceci conduira à des discussions au niveau des instances européennes ;
- Rééquilibrer le temps de formation au bénéfice de la formation continue obligatoire ;
- Confier la formation continue conjointement aux associations professionnelles à but non lucratif et à l'enseignement supérieur public. L'habilitation des organismes et des enseignants devant elle-même être continuellement évaluée pour sa pertinence et la qualité formative. Le financement des institutions et le salaire des enseignants habilités seront publics (Etat ou collectivités locales) pour ne pas dépendre du marché ;
- Tous ces efforts doivent être de façon durable convenablement financés, sous peine de rester lettre morte. Il n'est pas normal que la collectivité paie trop cher les médicaments et que les producteurs industriels se trouvent seuls capables de financer la formation continue, ce qui n'est pas le meilleur moyen pour la promotion d'un savoir indépendant profitable aux malades.

3. A l'hôpital et en ville, lors des soins ou des actions de prévention :

Les sur-diagnostics et les sur-traitements sont des pratiques en extension continue, en liaison entre autres avec des dépistages infondés. Les prescriptions médicamenteuses ne sont pas seules en cause. Des interventions chirurgicales et radiothérapeutiques inutiles n'induisant aucun bénéfice sanitaire, sont régulièrement mises en évidence. Elles exposent des personnes bien portantes aux effets secondaires néfastes, parfois mortels des sur-traitements. Ces pathologies et ces décès sont évidemment évitables. Cela veut-il dire que tous les dépistages

systematiques sont à remettre en cause? Bien entendu non. Mais ils doivent être fondés sur des preuves épidémiologiques avant d'être appliqués à toute une population de bien portants. Le dépistage précoce des maladies évolutives reste justifié, à condition que le rapport bénéfice/risque soit suffisant. Ceci vaut pour toutes les actions de prévention dont la mise en œuvre doit reposer sur des preuves. De surcroît les sur-diagnostics et les sur-traitements entraînent à terme une asphyxie de toute assurance-maladie obligatoire, de toute organisation collective et solidaire. La preuve américaine est là pour nous convaincre, le largage progressif de la population pauvre, puis par approches successives des couches moyennes de bas en haut est une réalité aux États-Unis et l'on peut en apprécier les résultats déplorables.

Moins soucieuse de la multiplication sans fin des actes techniques, la médecine aujourd'hui doit être parcimonieuse, beaucoup moins dans un souci budgétaire, que parce que la plupart des techniques comportent des risques pour la santé des patients, est source de multiplication des erreurs et que la surabondance de données finit par se perdre dans un bruit de fond confus qui dégrade la pratique médicale.

A l'hôpital ou en ville, les *événements indésirables graves* sont une réalité qu'il ne faut pas esquiver. Chaque année 500 millions d'actes médicaux sont remboursés par les caisses d'assurance-maladie. Et chaque année survient environ 500 000 événements indésirables graves, dont 40 à 50 % sont évitables. Il s'agit de défaillances humaines moins souvent dues à des défauts de connaissances qu'à des conditions de travail dégradées, ou à une supervision insuffisante des collaborateurs, ou à une mauvaise organisation, à ou un déficit de communication entre professionnels. Les causes immédiates sont multiples: défaut ou erreur de prescription, erreurs et défaillances humaines, infections nosocomiales ou mauvaise coordination entre professionnels de santé et entre établissements de santé. Fin 2010 un décret rendit obligatoire l'enregistrement de toutes les erreurs survenant dans les établissements publics. L'impératif n'est pas de sanctionner, mais d'agir positivement dans l'intérêt des malades. Le recours à la justice doit demeurer exceptionnel. La recherche de « coupables » induit des comportements contre productifs.

4. La recherche

La recherche biomédicale ne peut être valorisée en l'absence d'une avancée simultanée du travail clinique. Cette avancée de la clinique ne doit être ni une transposition insignifiante des résultats des laboratoires de recherche biomédicale, ni un discours imprécis sur le passage de la science fondamentale à des applications cliniques. Ceci

ne va pas de soi. La réflexion sur les limites continuellement changeantes du Normal et du Pathologique progresse dans le monde anglo-saxon dans un mouvement de la science médicale dont les Français sont quasiment absents.

En 2004 François Jacob et Pierre Sonigo écrivaient dans *Le Monde* « *La biologie est en crise après un demi-siècle de succès éclatants. La découverte de la structure en double hélice de la molécule d'ADN et, avec elle, celle du code génétique et des lois de l'hérédité, le décryptage progressif de l'intimité de la machinerie moléculaire des cellules, le séquençage du génome de l'espèce humaine tout comme la création d'organismes végétaux ou animaux génétiquement modifiés n'ont pas permis de véritablement saisir l'essence même du vivant. De la même manière, cette compréhension de plus en plus fine des mécanismes qui président à la vie n'a pas permis de forger les outils thérapeutiques contre le cancer ou les maladies infectieuses que semblait promettre le développement de la biologie moléculaire. En découvrant l'ADN, le code génétique et les manipulations des génomes, la biologie a atteint des frontières qu'elle ne parvient pas à franchir. Le pourra-t-elle et, si oui, de quelle manière, avec quels concepts et quels outils ?* ».

Depuis une dizaine d'années on tente de présenter la « recherche translationnelle en santé » comme un nouveau paradigme. C'est tout au plus un habit neuf sur des idées usagées. La régulation bureaucratique de la recherche demeure aveugle à la fausse science qui a envahi méthodiquement la presque totalité de l'information des médecins, des autres professionnels de santé et du grand public. Les chercheurs du secteur public auront pour devoir, s'ils veulent travailler pour la santé, de s'en informer mieux. En échange de quoi le budget de la santé leur apportera, au moins un complément de ressources, pour leur rendre une liberté scientifique, qu'ils ont en partie perdue pour survivre, lorsqu'on les a rendus dépendants, dans des partenariats dont ils n'avaient pas la maîtrise.

Bien faire entendre au public que le financement public de la *recherche clinique*, essentiellement représenté par les Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique (PHRC) est aujourd'hui très insuffisant en France. En créant un financement public substantiel, on ajoute de l'argent dans la corbeille, mais surtout on crée un référentiel comparatif vis-à-vis de la recherche sous contrôle exclusif des firmes pharmaceutiques ou de ses sous-traitants. On se donne enfin les moyens de faire de la recherche clinique destinée à d'autres objectifs que de mettre de nouvelles molécules sur le marché. Actuellement des travaux de recherche clinique sont réalisés en France, mais habituellement ils font partie de pools de travaux menés simultanément dans des pays différents, par de

nombreuses équipes qui communiquent seulement par le canal des firmes promotrices. C'est la situation la plus propice à la manipulation des résultats, surtout lors des essais de phase III qui constituent la base des dossiers de demande de mise sur le marché. Les clauses de confidentialité empêchent les participants de communiquer entre eux, sinon sous le regard vigilant du promoteur. Cette situation dénoncée depuis une dizaine d'années, perdure et perdurera aussi longtemps que l'autorité de régulation laissera faire. Ceci n'explique toujours pas pourquoi nous préférons des financements indépendants. L'obligation, presque toujours mise en avant pour les rares chercheurs qui ont des miettes de financement public pour la recherche clinique, d'obtenir un double financement simultané public et privé repose sur le postulat que les vrais experts pour la recherche clinique sont les chercheurs de l'industrie. C'est une imposture qui condamne au mépris les cliniciens rigoureux du secteur public. Surtout la mixité du financement impose l'embargo sur toutes les données des essais cliniques, au nom de la protection de la propriété industrielle. C'est ce qui justifie que les financements soient séparés. Ce qui est financé par la collectivité ne doit plus être soumis à cet embargo, qui est préjudiciable aux patients qui consentent à entrer dans ces essais. Enfin, la coexistence d'un financement public et d'un financement privé bien individualisés mettra en lumière la légende qui veut que la recherche et le développement de chaque médicament mis sur le marché coûteraient un milliard d'euros. Ce chiffre énorme et fantaisiste est le principal argument pour justifier le prix de vente au public, sans cesse plus élevé, des nouveaux médicaments.

Tous les résultats des essais cliniques réalisés, même partiellement, en France et les résultats des essais cliniques réalisés hors de France avec des participants français ou avec un financement public, ou avec des fonds collectés par des associations reconnues d'utilité publique ou par des chercheurs payés sur des fonds publics, appartiendront, comme aujourd'hui aux promoteurs des essais, mais ils seront aussi la copropriété de la collectivité nationale et/ou de l'Union Européenne, car il s'agit de biens communs inaliénables. Ils seront protégés par les « *Creative Commons licenses* » ou par un système équivalent. Les professionnels qui auront réalisé les essais en auront évidemment la propriété morale. Par résultats on entend non seulement le résultat des analyses, mais aussi les résultats bruts protégés pour ce qui concerne le caractère nominatif des données. Si les produits dérivés de ces essais étaient susceptibles d'être exploités commercialement, ceci devrait l'être dans le cadre de contrats types négociés entre partenaires avec le souci prioritaire de l'intérêt commun.

Les comités d'éthique: désormais ces comités devront prendre en compte les aspects scientifiques, éthiques et sociaux pour délivrer des autorisations d'expérimentation. De plus ils auront la charge de suivre au fil du temps les projets approuvés, tout au long de leur réalisation. L'indépendance des membres de ces comités doit être totale. Chaque projet devra comporter l'énoncé des questions soumises à l'étude, de sorte que les patients puissent comprendre le sens, l'objet et la justification des risques consentis, autant que la légitimité des moyens humains et financiers accordés aux chercheurs. Au terme de la réalisation de chaque recherche clinique, les patients qui y furent inclus devront être suivis de façon espacée pendant une période suffisante ou jusqu'à leur décès selon les projets. Cette disposition facilitée par les bases de données donnera une validité renforcée aux résultats obtenus.

5. Les produits de santé et le complexe médico-financier

On est fondé à poser la question suivante à propos de l'innovation en santé: Où l'innovation survient-elle? Que coûte-t-elle? Qui paie? Aux États Unis en 2002, la National Institute for Health Care Management Foundation a fait une enquête sur la réalité de l'innovation pharmaceutique. En 2006, les seuls laboratoires américains ont investi 55 milliards de dollars en recherche et développement, soit trois fois plus qu'en 1995 pour deux fois moins de médicaments commercialisés. Les industriels partaient de l'idée que la génétique moléculaire permettrait d'identifier entre 3 000 et 10 000 cibles biologiques nouvelles. Alors que la pharmacopée existante n'exploitait pas plus de 500 cibles. Il y aurait donc un potentiel de création de quelques milliers de médicaments supplémentaires. Ce raisonnement a peut-être convaincu une partie du monde financier. Cette démarche intellectuelle courte, naïve et largement irrationnelle aussi, était un des fondements de l'espoir placé dans les thérapies géniques. En France le Conseil stratégique des industries de santé avait été créé par le Gouvernement en 2004, dans le but d'établir un dialogue entre l'État et les industriels de la santé. Le conseil stratégique d'avril 2005 avait notamment reconnu la nécessité de créer des centres de gestion des essais cliniques à promotion industrielle (Cegeps). Autant qu'on sache, ce conseil et ces centres n'ont en rien contribué à doper l'innovation. Leur maintien sera mis en discussion. Scientifiques et cliniciens vont devoir se réapproprier une réflexion collective indépendante. Ils en ont la capacité intellectuelle. Pourvu qu'on leur en laisse la liberté et que ce gros effort soit valorisé. Seuls les responsables ouverts et imaginatifs, capables d'écouter, de comprendre, d'innover ou de laisser innover pourront conduire cette remise en cause du cadre de pensée de la science biomédicale.

Le complexe médico-financier est l'objet d'un remaniement continu, du fait de sa propre dynamique, en réaction à toutes interventions, parfois par anticipation. Il faut que nous sachions le comprendre, connaître sa structure changeante, les réseaux d'interactions qui structurent son existence dans le monde réel et dans le monde virtuel. Pour ce *Kriegspiel* il faut avoir un outil adapté et dissymétrique. Nous devons multiplier les sources de données, disposer d'instruments de recoupement et d'analyse en temps réel, et acquérir sans délai la capacité d'exploiter au fil de l'eau tout ce qui surgira dans notre champ de perception. Il faudra aussi que nous sachions être imprévisibles. Sinon nous serons toujours débordés par le lobbying. Comme nous le disions plus haut, les industriels ont une connaissance, régulièrement mise à jour par l'étude du marché, des besoins solvables de la population et par une action continue sur les prescripteurs, ils exploitent de façon efficace tous les moyens d'obtenir le meilleur rendement des capitaux investis.

Précisément à propos des médicaments, il faut privilégier les décisions positives pour rompre avec la pratique des déremboursements à la petite semaine. Nous devons réfléchir à la nécessité d'un objectif clair, autour duquel on parviendrait à un certain niveau de consensus, au moins parmi les prescripteurs, les patients et une partie des entreprises pharmaceutiques. Cet objectif de décroissance de la consommation de médicaments doit être fondé sans aucune ambiguïté sur des données scientifiques constamment remaniées dans un souci d'efficacité thérapeutique.

Les objectifs sont clairs: *les médicaments essentiels* sont ceux dont on ne peut se passer pour les soins et la prévention. Ils peuvent être protégés par des brevets ou être des génériques (plus souvent ils sont génériques). Ils sont stratégiques dans la thérapeutique. Ils doivent donc avoir un statut particulier. Leur nombre est limité, probablement entre 100 et 300. Leur vente doit être régulée et leur prix de vente proche du prix de revient rendu en pharmacie par des circuits commerciaux courts. Ils doivent être proposés en première ligne par le logiciel d'aide à la prescription validé et mis à jour régulièrement dont disposeront tous les prescripteurs. L'indépendance et la compétence des experts qui en établiront la liste et qui la tiendront à jour ne s'accommodent pas des mauvaises pratiques encore en vigueur.

Une coopérative de médicaments essentiels et génériques sera mise sur pied avec l'appui des pouvoirs publics, au besoin avec son propre circuit de distribution. Cette proposition sera l'objet d'une offre de coopération renforcée à nos partenaires européens. Une première liste de trente médicaments essentiels pourrait être disponible

dans un délai de six mois. Elle concernerait au premier chef les affections pour lesquelles les prescriptions sont les plus nombreuses et des produits génériques disponibles. Les médecins prescripteurs seraient incités à utiliser les produits de la liste en priorité, mais garderaient la liberté de prescrire tous les médicaments disponibles sur le marché. Pour les médicaments essentiels le remboursement sera à 100 %. Pour les autres il resterait inchangé.

Le parlement sera saisi du projet de confier les Laboratoires Servier à l'économie sociale et d'en faire une entreprise sans but lucratif, mieux disposée à appliquer une politique de médicaments à prix proches du prix de revient. Dans le groupe Servier il y a une filiale : Biogaran qui est un génériqueur bien implanté sur le marché. Il pourrait compléter l'ensemble des moyens disponibles pour orienter le marché vers la baisse des prix de vente de sorte que leur remboursement à 100 % par l'assurance-maladie obligatoire devienne une opération gagnante pour les patients et pour la collectivité.

6. L'assurance-maladie

Il faut, si l'on décide de maintenir l'autonomie administrative de la sécurité sociale, que l'on procède à des *élections des caisses régionales d'assurance-maladie*. C'est par la démocratie régionale que se trouvera l'équilibre avec la bureaucratie des ARS. Dès lors que la totalité de la population est assurée à l'assurance-maladie, il faut repenser la représentation de tous les bénéficiaires de l'assurance-maladie. Il n'est pas satisfaisant que l'organisme public de l'assurance obligatoire participe à l'élaboration de la politique de santé. Son rôle de gestionnaire de l'assurance ne le qualifie nullement pour décider des choix politiques, sauf à être dans une situation de conflit d'intérêt, entretenant l'idée malsaine que ces choix sont en priorité définis par les gestionnaires. Les gestionnaires de l'UNCAM, pas plus que les assureurs privés, les industriels ou les financiers n'ont compétence pour les choix politiques. Il est vraisemblable que dans chaque région en dehors des élus des *caisses régionales d'assurance-maladie*, une autre structure représentative des citoyens et des professionnels pourrait exister et contribuer à la démocratie sanitaire. Ce pourrait être par exemple une fonction des conférences régionales de santé.

Une enquête de la Cour des comptes de 2008 a montré que les frais de gestion des complémentaires atteignent 25 % pour les mutuelles et les assurances privées, ne coûtent que 5 % quand la gestion est confiée à l'assurance-maladie. Ce coup de pied dans la fourmi oblige les mutuelles à redevenir les organismes à vocation sociale prioritaire. Leur véritable vocation n'est pas de mettre des rustines partout où le système de santé malmené se met à fuir. L'assurance obligatoire doit tota-

lement couvrir les risques sanitaires et la prévention grâce à un financement équitable qui ne laisse plus de reste à charge pour aucun résident permanent sur le territoire national.

La connaissance approfondie des données du marché des produits de santé est une nécessité pour la prise de décisions rationnelles. C'était une capacité jusque-là réservée aux multinationales. La tutelle publique sur l'Agence européenne des médicaments doit être exigeante, comme doit l'être la rédaction en cours de la révision des European Clinical Trials. Enfin la mise en chantier d'une Coopération renforcée pour les produits de santé ne doit pas être laissée entre les mains des lobbyistes, pas plus que le choix des premiers partenaires pour en débattre.

Rappelons que la dépense pharmaceutique est en France d'environ de 24 milliards €/an (HT - 2010), si on ne prend en compte que les médicaments remboursables. Les économies sur les médicaments

1. autoriseront des augmentations de revenus des professionnels ;
2. permettront la suppression progressive des charges non remboursées sur les produits et les services de santé : franchises diverses, le remboursement à 100 % des médicaments essentiels. D'abord pour les foyers non imposables à l'impôt sur le revenu et par étapes à l'ensemble de la population ;
3. faciliteront le remboursement progressivement amélioré des lunettes, des soins dentaires et des prothèses auditives.

Ce qui sera clairement compté comme une augmentation du pouvoir d'achat au bénéfice des catégories à petit revenu. Une étude descriptive de l'industrie pharmaceutique en France, indépendante des organismes représentatifs de la branche, est un outil de régulation indispensable. Bien en connaître la structure industrielle et commerciale, les flux des produits et des services et les points où se situent les plus values les plus fortes. La tendance relativement récente à externaliser au maximum les activités multiples de la filière pharmaceutique invite à préciser les taux de retour sur investissement qui sont peut-être très différents selon la position de chacun des partenaires dans la filière.

Nous essaierons parallèlement de connaître les structures des lobbies européens, en commençant par la partie émergée ; de savoir si des arguments sonnants et trébuchants sont utilisés, les moyens disponibles dont usent les lobbyistes pour convaincre leurs cibles, l'implication des fonctionnaires européens, l'histoire récente du lobbysme sanitaire pour lui-même et par comparaison avec les autres domaines. Nous nous efforcerons de faire de la corruption sanitaire un délit pénal, en traitant sérieu-

sement les corrompus et les corrupteurs. Le parquet aura des instructions générales pour qualifier les délits et poursuivre, pour sanctionner les corrompus de façon modérée au début, et progressivement plus forte avec le temps et les récidives. La plus grande sévérité allant aux corrupteurs.

A l'échelon européen, pour casser le lobbying installé, et redonner la prééminence à la politique de santé, nous n'excluons pas d'envisager la relocalisation progressive des industries de produits actifs les plus stratégiques. L'AGEPS (*Agence Générale des Equipements et Produits de Santé*) qui agit comme une centrale d'achats au bénéfice de l'Assistance Publique (AP-HP) sera intéressée à cette démarche.

En conclusion

Bref le chemin politique doit être jalonné par des faits, des preuves, des expériences, des négociations, des résultats. Les bonnes idées, l'indignation, peuvent conduire à mobiliser l'opinion publique. Mais quand il s'agit de dépenser l'argent des citoyens, il ne suffit pas d'afficher de bonnes intentions. Il faut dépenser au plus près. Ce qui ne signifie pas nécessairement réduire les dépenses de santé, mais les réaffecter pour que le rapport coût/efficacité soit le plus satisfaisant possible.

Ces propositions sont, comme nous le disons plus haut, incomplètes et ouvertes. Chacun y trouvera des manques. Nous n'avons pas abordé des problèmes importants :

- l'impact de l'environnement sur la santé,
- la santé mentale,
- la santé au travail
- le rôle des associations dans le système de santé, etc.

Nombre de rapports garnissent les étagères, prennent la poussière en dormant. Il y a là du bon et du moins bon. Il convient de passer en revue toute cette production de moins de dix ans, dans l'espoir de dénicher des idées utiles, des analyses bien faites. Ce tri étant fait, on s'efforcera d'identifier qui, parmi les auteurs de ces textes, avait eu la paternité des bonnes recommandations. Entendez par là, des recommandations bien argumentées, fondées sur des faits ou des études et susceptibles d'élargir et nourrir le débat organisé autour du bien le plus cher aux sociétés et aux personnes, la santé, pour tous.

Contribution de M. le D^r Jean-Victor Kahn, chirurgien-dentiste : pour une réforme en santé bucco-dentaire

En cette période de vœux et de promesses électorales, quel candidat s'engagera pour une véritable politique de santé dans le secteur bucco-dentaire?... On est en droit de s'interroger. Quelle pourrait être une politique de santé publique qui fasse toute sa place au secteur bucco-dentaire. Est-il besoin de retracer la faiblesse des orientations nationales de santé dans ce secteur ?

Aujourd'hui les chirurgiens dentistes prennent en charge la santé individuelle de leurs patients. L'essentiel de leur activité professionnelle est une activité de soins. Il n'est pas question de dévaloriser toutes les mobilisations individuelles, le plus souvent bénévoles, dans le secteur préventif. Il est juste question de préciser quelles devraient être les orientations nationales qui, reconnaissant à chaque individu le droit à bénéficier d'une bonne santé dentaire, donneraient aux professionnels les moyens d'exercer. Ces orientations auraient toutes leurs places dans le programme de chacun des candidats pour une nouvelle politique.

Dans un premier temps prendre en compte **la promotion de la santé**. C'est un élément crucial dans la préservation de la bonne santé bucco-dentaire. Plus que dans tout autre secteur, les maladies de la sphère bucco-dentaire n'ont aucun caractère fatidique. Des mesures quotidiennes extrêmement simples, tant d'hygiène corporelle que d'hygiène alimentaire, pourraient notablement réduire la prévalence des maladies carieuses ou parodontales. Il s'agit (simplement?) de faire que chaque individu se sente responsable de sa bonne santé!!! Aujourd'hui, le constat n'est pas glorieux. Chaque individu porte à sa bonne santé dentaire une importance toute relative. Trop souvent dans les priorités individuelles, la santé est exclue.

Quel travail? Quel logement? Pour moi, ma famille, mes enfants, quel avenir? Ma bouche, mes dents? Tant que je peux me présenter à un entretien, tant que je ne souffre pas, tant que mes enfants ne s'en plaignent pas, est-ce une priorité? La faiblesse de la prise en charge par la Sécurité sociale du remboursement dans ce secteur tendrait à les rendre accessoires. Finalement pour l'assuré, s'il n'y a pas de remboursement satisfaisant, c'est sans doute qu'il s'agit de prestations de moindre importance. La couverture maladie sert alors de mesure quant à la gravité de l'affection... La valorisation de cette couverture maladie passe par la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels). Laquelle NGAP a été, certes, en son temps,

l'objet de négociations conventionnelles diverses. Mais ces négociations ont abouti au blocage général de la prise en charge des soins et de la chirurgie (la prévention n'y apparaissant qu'au travers des détartrages et depuis 2007 des scellements de sillons), avec en contrepartie liberté de tarif (« avec tact et mesure ») pour la prothèse dentaire et l'orthodontie. Finalement dès 1985 en dentaire le secteur 2 est généralisé. Ce ne sont pas les dernières revalorisations qui font le compte. Pour l'assuré lambda (ou pour sa mutuelle s'il en a les moyens) c'est un reste à charge. Ce reste à charge de plus en plus important explique la place prise dans les négociations conventionnelles par le secteur complémentaire. Aujourd'hui, on constate que toute évolution de la prise en charge par le régime obligatoire nécessite un assentiment du régime complémentaire.

Autant dans le secteur médical on peut envisager que les négociations conventionnelles soient bipartites, (section sociale et section professionnelle) autant en dentaire un troisième intervenant doit être pris en compte : c'est le « régime complémentaire ». La mise en place de la CMU dès l'an 2000 est à ce point de vue très éclairant. Maintenant, il s'agit de sortir de ce constat affligeant : L'activité pour laquelle le professionnel recevra des honoraires valorisés (qui restent dans de trop grande proportion à charge pour les patients ou leur complémentaire) est une activité qui découle de l'absence (ou de l'échec) des soins conservateurs. Si chaque professionnel ne disposait pas d'une patientèle pour laquelle les soins (généralement trop tardifs) ont échoué, il ne pourrait pas réaliser les prothèses qui permettent l'équilibre financier de leur cabinet (que l'on considère une structure libérale ou un centre de santé!!!). La nouvelle politique de santé publique bucco-dentaire ne se satisfera pas d'une réponse « raisonnable » au prix de la couronne... Plutôt que de se battre pour réparer les dégâts causés par la maladie, il faudra agir pour que celle-ci ne s'installe pas. La promotion de la santé dans le secteur bucco-dentaire passe par l'existence d'un corps de professionnels de santé publique, qui tant dans le secteur scolaire que dans le secteur professionnel (au même titre que le médecin du travail) animeront ces programmes. Interventions à l'école, certes, mais aussi dans tous les milieux de rencontre sociale. Que ce soit l'entreprise, le centre de PMI, le foyer social, ou tout autre lieu où une information sanitaire touchera le plus large public. Certes, cela nécessitera une formation différente pour les professionnels, qui passeront du tout curatif (la maladie est installée, il faut réparer ses dégâts, j'agis concrètement) au préventif (je n'ai plus alors à

montrer ma compétence artisanale mais plutôt ma capacité à convaincre). Dans leur exercice professionnel, où la prévention tiendra enfin toute sa place, les chirurgiens dentistes s'appuieront sur un corps professionnel d'assistant dentaire, titulaires d'un diplôme national.

En tout état de cause, il s'agit d'un investissement à long terme :

Les habitudes sociales ne s'acquièrent pas spontanément. Nous pouvons espérer que les générations ayant bénéficié des programmes de préventions verront leur état bucco-dentaire amélioré. Soyons conscients que ces programmes nécessiteront des financements non négligeables. Mais à long terme ces dépenses permettraient une réduction conséquente des dépenses de soins. En attendant, les cohortes qui n'en auront pas bénéficié devront pouvoir bénéficier de soins réparateurs. Les messages d'informations sanitaires devront alors jouer tout leur rôle lorsque l'on envisage le renoncement aux soins d'un point de vue socioculturel. Actuellement nous savons qu'il y a un fort taux de renoncement aux soins pour des raisons financières. Aussi la prise en charge de ces soins par la protection sociale devra être améliorée.

Mais ce n'est qu'une étape, car se pose aujourd'hui la question de l'accès aux soins :

- Proximité;
- Equipement pour des publics particuliers (handicapés, personnes à mobilité réduite);
- Quasi disparition de l'odontologie hospitalière;
- Réponses aux demandes non programmées (douleurs, infection);
- Réponses aux demandes de soins pédodontiques.

Pour l'avenir, il est indispensable qu'enfin une véritable politique nationale de santé bucco-dentaire soit instaurée, où les odontologistes tiendront leur place sans exclusive aux côtés des acteurs de la petite enfance, de l'éducation, de l'accompagnement au handicap de l'accompagnement à la vieillesse, et plus généralement aux côtés des acteurs qui ont l'homme au cœur de leur activité.

Interview croisée de M^{me} Catherine Jouanneau, secrétaire nationale à la santé du Parti de Gauche & de M. Jean-Luc Gibelin, membre du Collège exécutif du Pcf, en charge des questions de Santé et de Protection sociale

1) Vous êtes tous les deux engagés dans le Front de gauche et le soutien à Jean-Luc Mélenchon. Quel sens donnez-vous à cet engagement ?

JLG : Mon engagement est clairement pour contribuer à donner aux questions de santé et de protection sociale toute leur place dans la campagne et demain dans la vie. Ce sont des questions qui touchent au quotidien de la population, qui pèse sur les droits les plus élémentaires pour une part de plus en plus importante de la population. Ce sont aussi des questions qui marquent clairement les choix politiques. La solidarité, le service public, l'universalité sont indéniablement des marqueurs d'une politique de réellement à gauche et nécessitent des décisions claires.

CJ : Le sens de mon engagement est celui d'une continuité. Depuis les grandes grèves de 1995, le mouvement social cherche un débouché politique. Après des tâtonnements, des hésitations, des catastrophes (2002 bien sûr mais aussi 2007 avec l'incapacité des forces de la gauche de combat à s'unir), ce prolongement politique des luttes sociales existe enfin. Il s'appelle le Front de Gauche.

2) Quelle place donnez-vous à la santé dans votre action ? Il semble qu'elle soit bien absente des propositions des autres candidats ?

CJ : La santé et la protection sociale sont dans les premières préoccupations des habitants de ce pays, parce qu'ils voient que l'accès aux soins est devenu de plus en plus difficile. Au moment de la campagne où nous sommes, le thème devient de plus en plus présent dans la campagne. François Hollande vient de présenter ses propositions : il veut « encadrer » les dépassements d'honoraires, « limiter » les installations en secteur 2. Cela revient à pousser le lit quand il pleut sur le lit, au lieu de réparer le toit. Nous nous voulons réparer le toit en interdisant les dépassements d'honoraires, en supprimant les remboursements, les franchises, le forfait hospitalier, tous les restes à charge. C'est ainsi que les gens pourront à nouveau se soigner. Les Verts ont souvent des idées qui ne sont pas inintéressantes sur la santé, mais ils ne se donnent pas les moyens de les concrétiser puisqu'ils ne renoncent pas aux traités européens qui ont organisé la mise en concurrence des services publics. Seul le Front de gauche dit la même chose à Bruxelles et à Paris ! Et quand nous arriverons au pouvoir, nous sortirons tout de

suite la santé (et les autres services publics) des directives européennes. Nous commencerons par désobéir à cette Europe qui n'est pas celle que nous voulons.

JLG : Nous considérons que la santé solidaire est une des priorités d'une politique de gauche. Il faut clairement rompre avec les politiques de ces trente dernières années. Il faut remettre l'usager ayant droit à la santé au cœur du dispositif, il faut promouvoir une protection sociale solidaire pour garantir un service public universel et de proximité. Il n'est pas question de s'accommoder de la situation actuelle, de la poursuivre, il faut radicalement rompre avec les processus d'exclusion, de mise en concurrence des structures de santé, de diminution de la prévention, d'augmentation du renoncement aux soins comme c'est le cas pour plus de 26 % de la population de notre pays. La santé et la protection sociale sont une des pièces maîtresse de notre programme populaire partagé, « l'Humain d'abord ! ». Rapidement, les grands axes structurants d'un projet alternatif, les grandes questions auxquelles nous voulons impérativement répondre sont :

- **Egalité :** c'est vrai pour ce qui concerne tous les aspects (géographique, économique, spécialisation, excellence, etc.)
- **Gratuité :** c'est un des volets de l'égalité. Il faut en finir avec les « restes à charge ». C'est pour nous une question fondamentale. Le renoncement aux soins trouve sa première raison dans la ségrégation financière, c'est inacceptable. Il faut le courage de s'opposer à cette dérive et clairement ouvrir la perspective de la prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale de ce qui constitue les soins dans une acception large.
- **Proximité :** c'est une dimension importante de la réponse aux besoins de santé. C'est une des principales raisons de discrimination, des pertes de chance. Il faut d'urgence arrêter toutes les restructurations en cours et les fermetures programmées et au contraire engager un processus de réouverture de structures de proximité pour lutter contre les déserts sanitaires qui se sont installés dans le pays.
- **Universalité :** le système de santé doit être réellement égal quelle que soit la tranche d'âge concernée, le niveau des revenus, les connaissances. C'est bien une des données de notre système à la fran-

çaise. Il est urgent de le réactiver pour contrebalancer les conséquences de toutes ces années de mise en concurrence, d'opposition entre catégories et tranches d'âge qui ont caractérisé l'ultralibéralisme dans notre pays et dans le monde.

- **Solidarité**: Le système de santé doit être en phase avec les valeurs de solidarité et de service public. Le service public est la structure qui permet de garantir la proximité, la sécurité et l'égalité d'accès s'il est modernisé, financé et démocratisé. C'est une valeur moderne et d'avenir. Oui, nous croyons que la solidarité est une valeur à faire partager dans le domaine sanitaire, social et médico-social. La protection sociale doit retrouver toute sa dimension solidaire.
- **Démocratie**: Elle est indispensable à notre système de santé. Elle doit en être le moteur. Il faut faire du neuf en la matière. Nous devons être très innovants et persévérants. Un véritable apprentissage collectif de fonctionnement démocratique est à construire. Il faut inventer de nouvelles instances, il faut généraliser les processus d'élection pour les représentants dans ces instances. Cela passe aussi par des moyens en temps, en formation pour leur fonctionnement; c'est une forme d'investissement pour l'avenir que de miser sur la démocratie.
- **Sécurité**: L'évolution des sciences et des techniques doit permettre d'atteindre un niveau de sécurité élevé pour les usagers. C'est une dimension importante.

3) Nous avons demandé à diverses personnalités leurs propositions générales concernant ce secteur. Quelles sont les vôtres ?

CJ: D'abord refonder le système de santé.

Nous abrogerons la loi Bachelot HPST (Hôpital Patients Santé et Territoire,) et la convergence tarifaire entre établissements publics et privés hospitaliers et qui ont conduit à asphyxier l'hôpital public. Les ARS [Agences régionales de santé, ndlr] n'ont d'autre but que d'imposer autoritairement la limitation des dépenses. Nous mettrons fin aux fermetures et démantèlements d'hôpitaux, de maternités, de centres de soins et d'IVG. La tarification à l'activité, (T2A) ne permet ni de consacrer du temps aux consultations, ni de valoriser les actes non médicaux, pourtant essentiels: actes infirmiers, psychologues, assistants sociaux notamment.

Et ensuite ?

Nous avons l'ambition de retisser la couverture sanitaire et sociale du territoire, en prenant en compte les besoins liés à l'allongement de la durée de la vie. Maintenir ou recréer dans chaque bassin de vie un hôpital public, des structures intermédiaires de type centres de santé,

sortes d'annexes de l'Hôpital, et d'articuler le tout avec la médecine de ville dans le cadre du secteur 1. Cette articulation permettra aux médecins de sortir de l'isolement et de faciliter leur installation dans les zones actuellement déficitaires et dans le cadre du salariat. Le paiement à l'acte, qui n'est pas adapté aux maladies chroniques, ne sera plus la règle. Les missions de prévention et la formation continue doivent être intégrées au temps de travail rémunéré des médecins.

Dans ce dispositif, le volet socio-médical ne sera pas oublié des politiques publiques: il faut repenser l'accompagnement de la perte d'autonomie par une augmentation significative de l'APA et la mise en place de dispositifs souples, de type structures temporaires d'accueil, pour aider les aidants, souvent épuisés. Un vaste chantier est à mettre en œuvre pour accroître la formation et la qualification, ainsi que la rémunération des personnels d'aide à la personne, dans un cadre public ou associatif non lucratif.

Tout ceci est ambitieux, créateur de mieux-être et d'emplois utiles. C'est bien le moins que puisse faire un programme qui s'intitule: « l'Humain d'abord ».

JLG: La notion de santé pour toutes et tous implique la capacité de répondre:

- Aux besoins de santé identifiables dans la France du 21^e siècle.
- A l'ambition de l'égalité de l'accès aux soins.

Pour cela, l'accent doit être mis sur la promotion de la santé, les dépistages et sur la prévention ainsi que l'éducation à la santé. C'est aussi porter une orientation politique globale visant à réduire les risques présents dans l'environnement physique, économique et social. Cela passe aussi par une alimentation et des revenus adéquats, des conditions de logement convenables, une eau et un environnement sains, la possibilité de jouer pleinement un rôle dans la société. Les problèmes de pauvreté, d'une nutrition inadéquate, de mauvaises conditions de logement, de l'illettrisme fonctionnel, de l'insalubrité de l'environnement et du sous-développement des soins de santé primaire, de perte de sens du travail se retrouvent aujourd'hui dans notre pays de manière inacceptable. Ce qui est en jeu, c'est la santé et le bien-être des citoyens vivant aujourd'hui et des générations futures.

Cela nous commande d'agir ensemble pour augmenter les chances:

- De naître en bonne santé de parents qui ont désiré et ont le temps et les moyens pour faire de l'enfant un futur adulte socialement autonome et responsable.

- De vivre dans un environnement stimulant d'interaction sociale à l'abri de la guerre qu'elle soit armée, sociale, économique.
- De vieillir dans une société qui aide nos aînés à préserver leurs capacités, à leur garantir une retraite confortable, à offrir des soins adaptés, à accomplir leur vie dans la dignité.

C'est juste une question de choix politiques dans lesquels l'implication du plus grand nombre sera décisive. L'état de santé d'une population dépend à la fois de la réalité sociale, économique et environnementale et du système de soins. Il faut donc agir simultanément sur ces aspects. La densité du maillage sanitaire et la proximité des structures de soins y participent.

1. Prévenir

La prévention doit chercher à éviter que la maladie ne survienne. Il s'agit donc de s'attaquer aux grandes causes de « mauvaise » santé publique : la dégradation de la santé au travail, la mauvaise alimentation, la pauvreté et l'exclusion, les conditions de vie difficiles, les dérèglements environnementaux, la perte d'autonomie, les conduites addictives. Ce sont donc les fondements de la société qu'il faut transformer. A la domination et l'exploitation, il faut substituer la coopération et le partage. Les campagnes de prévention et d'information concernant les « modes de vie » et les grandes pathologies (cancer, maladies cardiovasculaires, sida...) devront être renforcées et perdurer de façon pérenne, en proscrivant tout caractère culpabilisateur ou moralisateur. La démocratie, en permettant aux citoyens et aux salariés d'intervenir sur leurs conditions de travail et de vie, en les rendant acteurs de leur santé, est un élément majeur de la prévention.

Les moyens consacrés au dépistage doivent être multipliés (formation des soignants, éducation à la santé, fréquence du dépistage...). La prévention n'a de sens que si elle est durable et surtout si elle vise à toucher tout le monde. La visite médicale annuelle dans le cadre de la médecine du travail doit être rétablie, étendue aux chômeurs et aux précaires, elle doit être un bilan des conditions de travail et des conséquences pour la santé. Le bilan de santé régulier doit être développé chez les retraités, de même que pour les scolaires.

La prévention doit aussi viser à réduire la gravité et la récurrence de la maladie. Elle doit assurer le retour à une vie « comme tout le monde », avec tout le monde, et permet de choisir librement son mode de vie. Cela passe par une politique publique transversale entre travail, transports, logements, revenus.

2. Guérir

En matière de soins, une règle s'impose : la qualité pour tous. La qualité, c'est en tout premier lieu l'accès simple et rapide aux structures de soins. Les structures de proximité sont la réponse pour les pathologies les plus fréquentes. L'enjeu n'est donc pas de limiter les structures de proximité mais au contraire de les développer en optimisant leur fonctionnement.

La politique actuelle vise au contraire à transférer sur le privé les pathologies courantes et les populations solvables, pour ne maintenir dans le secteur public que les pathologies hautement coûteuses et les populations non ou moins solvables. Elle doit être stoppée. Premièrement par respect de la liberté du malade : il doit pouvoir choisir la structure de sa prise en charge. Deuxièmement pour des raisons d'efficacité du secteur public. Sauf à réduire le malade à un organe, il n'est pas de prise en charge correcte – même d'une pathologie exceptionnelle – sans assumer ses pathologies courantes (tension, diabète, infections urinaires ou pulmonaires...). Le secteur public pour être efficace doit être multidisciplinaire.

Le véritable garde-fou des dérives du secteur privé est un secteur public fort, performant, démocratique et éthique, de haute qualité. Il faut donc développer les structures publiques de soins, sans paiement à l'acte. La relance de l'hôpital public – de l'hôpital général au CHU – est une priorité. Cette relance passe tout autant par des réponses urgentes au financement de l'hôpital public et la pénurie de personnel, qu'au dynamisme et à la modernisation de l'hôpital public. Nous avançons des pistes pour une transformation en profondeur de l'hôpital public, dans ses missions, dans son fonctionnement, dans ses logiques. Aujourd'hui, le secteur privé est en pleine recomposition avec l'émergence de grands groupes financiers d'envergure nationale, voire internationale. Les bénéfices, réalisés scandaleusement sur le dos des malades et de la Sécurité sociale, sont utilisés pour spéculer plutôt que d'être réinvestis dans les structures de soins, de formation, de prévention... et de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la population. Cela doit être interdit. Les lois et décrets qui au cours des dernières années ont favorisé fusions et partenariats public-privé doivent être abrogés.

3. Accompagner ceux qui souffrent

Parfois, la guérison n'est pas ou n'est plus envisageable. Pour autant, l'objectif d'une vie de qualité demeure. Qu'il s'agisse de la maladie, du handicap, ou de la fin de vie, les principes fondamentaux doivent prévaloir. L'exigence de l'accès aux droits, du respect de la dignité humaine doit guider la politique sanitaire et les choix éthiques. Les soins palliatifs devront être généralisés sur tout le terri-

toire, et diversifiés dans leur mode d'organisation (unité volante, unité à domicile, centres...).

L'amélioration de l'état de santé de la population, engage le dépassement de la logique capitaliste, de la libre concurrence, de la loi du marché... La solidarité, le partage, le respect de la planète... autant de valeurs pour une société de l'humanité. C'est notre visée. Elle s'incarne dans des propositions à court et moyen termes.

4. Démocratiser

Nous proposons une démocratie sanitaire participative ascendante basée sur des conseils cantonaux de santé et/ou des bassins de vie composés d'élus locaux, de représentants des professionnels, de représentants d'ayant droit à la santé que sont les usagers. Ces conseils recenseront les besoins de santé, valideront la réponse à ces besoins apportée sur le territoire concerné et contrôleront démocratiquement la réponse. Nous proposons une consolidation au niveau régional avec des Assises régionales de la santé adossées au Conseil régional. Nous voulons une mise en cohérence nationale avec des Assises nationales de même composition et assurant la vision nationale indispensable pour une maîtrise de la politique de santé.

4) Quelles seraient les mesures les plus urgentes à mettre en place durant les trois premiers mois du futur mandat présidentiel ?

JLG : Il faut d'entrée abroger les lois qui ont déstructuré la santé. Nous nous sommes clairement prononcés pour l'abrogation de la loi « HPST » dite loi Bachelot, pour celle de juillet 2011 des soins sous contrainte, de celles mettant en place la T2A notamment. Il faut en finir avec les politiques imposant une culpabilisation des actrices et acteurs de santé. Une nouvelle politique nécessite de renouer la confiance qui a été mise à mal par toutes les politiques de régression sociales. Il faut des actes clairs et courageux. Il n'est pas question de demi-mesures, de s'accommoder de la situation, de faire avec les lois qui ont été combattues dans l'opposition...

CJ : Les mesures générales du programme auraient immédiatement un effet bénéfique, libérateur, sécurisant, dans le domaine de la santé :

- Titularisation de tous les précaires
- Augmentation du SMIC à 1 700 euros bruts
- Et bien sûr, gel de toutes les fermetures de services hospitaliers, des fusions-restructurations, des partenariats publics-privés.

5) Comment pensez-vous financer vos propositions ?

JLG : Il faut envisager une réforme progressiste du financement de la protection sociale. Nous nous prononçons pour un financement basé sur les cotisations liées au

travail. C'est le lieu de création des richesses, c'est aussi le justificatif de l'élection des représentants des salariés pour gérer les fonds de la protection sociale.

Nous refusons la TVA dite sociale qui est l'impôt le plus injuste socialement. Nous refusons toute forme de fiscalisation du financement comme la CSG actuelle ou renouvelée car ce mécanisme ne permet pas d'identifier les fonds de la protection sociale et d'en assurer une gestion autonome. Nous sommes pour une modulation des cotisations.

Les limites de l'assiette actuelle des cotisations patronales peuvent être reliées au type de politique économique et de gestion des entreprises. Ainsi, les entreprises de main d'œuvre (BTP, métallurgie, etc.), les entreprises qui ont un rapport masse salariale/valeur ajoutée élevé, qui embauchent, accroissent les emplois et les salaires, ont un rapport charges sociales/VA beaucoup plus élevé. Inversement, les sociétés financières et les entreprises qui licencient, réduisent la part des salaires dans la valeur ajoutée, qui jouent les placements financiers contre la croissance réelle et l'emploi, ont un rapport charges sociales/VA beaucoup plus bas. Il y a donc des effets pervers par rapport à l'emploi et à la promotion des salariés. Ce système avantage les entreprises capitalistiques et les sociétés financières, au détriment des industries de main d'œuvre et de la création des emplois correctement rémunérés. Nous proposons de corréliser les nouvelles rentrées de cotisations patronales, avec le relèvement de la part des salaires dans la valeur ajoutée produite (développement de l'emploi, des salaires, de la formation, de la qualification des salariés). Il s'agirait de solidariser les entreprises face au développement de l'emploi, des salaires, pour l'enclenchement d'un nouveau type de croissance centré sur le développement des ressources humaines (emploi, salaire, formation, etc.). Cela conduira à mettre en cause le type de croissance et de gestion des entreprises, notamment les critères de gestion visant la rentabilité financière contre le développement des ressources humaines. Il ne s'agirait pas d'une nouvelle forme d'exonération arguant que l'emploi dépendrait de l'abaissement des cotisations patronales. L'objectif est d'accroître la masse et le taux des cotisations patronales, à partir notamment du relèvement de la part des salaires. Le principe envisagé pourrait être le suivant : on garde l'assiette salaire mais on corrige ses limites actuelles. L'objectif serait de viser de nouvelles rentrées de cotisations articulées au développement de l'emploi, des salaires et de la croissance réelle. Ainsi on inciterait à la croissance du rapport masse salariale/valeur ajoutée, c'est-à-dire de la part des salaires dans la valeur ajoutée produite. On viserait ainsi à dissuader la course à la croissance financière, aux économies massives sur l'emploi et les salaires. Les entreprises qui, en liaison avec

l'intervention des salariés dans les gestions, relèvent la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée (emploi, salaires, formation, promotion des salariés, fonds sociaux) seraient assujetties à un taux de cotisation relativement abaissé, mais l'accroissement des salaires, de l'emploi, de la croissance, permettrait une masse de cotisations accrue. Il serait nécessaire de sortir des effets pervers des réformes passées ou projetées. Celles-ci font exploser les inégalités sociales et renforcent la crise d'efficacité du système. Face à l'urgence, nous proposons une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises, ceux-ci ne sont pas soumis aux contributions sociales et se développent contre l'emploi et la croissance réelle.

Il existait en 2010, selon nos calculs effectués à partir de la publication des Comptes de la Nation, 317,9 milliards d'euros de revenus financiers des entreprises et des banques. 218,4 milliards d'euros au titre des produits financiers des sociétés non financières (dividendes reçus + intérêts perçus, inclus les revenus des investissements directs étrangers). Et 99,5 milliards d'euros de revenus financiers des sociétés financières (dividendes reçus + solde des intérêts versés/perçus).

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

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

Ceci permettrait de compenser dans l'immédiat le déficit de la Sécurité sociale et de mener une politique sociale active visant à répondre aux nouveaux besoins sociaux. Cela contribuerait dans le même temps à réorienter l'activité économique vers la production de richesses réelles au lieu d'alimenter la spéculation. L'objectif serait de participer au financement de la solidarité en incitant à une autre utilisation de l'argent pour viser un nouveau type de croissance réelle. Le développement des ressources humaines constituerait le moteur de ce nouveau type de développement économique et social. Celui-ci à son tour permettrait de dégager des moyens pour financer une nouvelle Sécurité sociale, elle-même articulée avec la sécurisation de l'emploi et de la formation. Dans le prolongement, les exonérations de cotisations patronales qui ne créent pas d'emploi et tendent à tirer tous les salaires vers le bas seraient remises en cause. Pour encourager réellement la création d'emploi en articulation avec la promotion des salariés (formation, qualification, salaire), on pourrait proposer des Fonds régionaux et nationaux pour l'emploi et la formation. Il s'agirait de changer les rapports entre les banques et les entreprises afin de favoriser un nouveau crédit avec des taux d'intérêt abais-

sés sélectivement pour les investissements productifs des entreprises centrés prioritairement sur le développement des emplois, des salaires et de la formation.

CJ : On nous demande toujours combien ça coûte! C'est marrant, personne ne demande jamais combien ça rapporte... Pourtant, une population en meilleure santé, grâce à la prévention et à un accès aux soins optimum et égalitaire cela « rapporte » gros! En mieux-être, en bonheur, et donc en dynamisme, avec des effets induits sur l'économie. Une meilleure santé pour tous, c'est créateur de richesses. Je ne doute pas que la rédaction des « Cahiers » en soit convaincue, mais il faut parfois fournir des « preuves » pour argumenter contre les libéraux, dans leur version dure ou leur version molle : plusieurs études ont montré les impacts bénéfiques des gains de santé sur l'activité économique :

Rivera et Currais⁽³⁴⁾, (1999) ont démontré pour les pays de l'OCDE que les dépenses de santé par tête avait un impact positif sur le PIB par tête. Suhrcke et Urban⁽³⁵⁾ (2006) ont démontré que 1 % d'amélioration du taux de mortalité par maladies cardiovasculaires parmi la population d'âge actif engendrait un gain de 0,1 point du taux de croissance du revenu par habitant. Ulmann⁽³⁶⁾ (2003) estime des corrélations du taux de croissance des dépenses de santé en % du PIB avec le taux de croissance du PIB entre 1960 et 1996 (22 pays de l'OCDE dont Allemagne, Autriche, Danemark, France, Italie, Pays-Bas, Portugal, Grèce). Cette étude conclut à une corrélation positive entre les dépenses nationales de santé d'une année et le PIB dans les trois années suivantes. Même si nous interrogeons la pertinence du PIB et de la notion de « croissance » dans le cadre de notre politique de planification écologique, ces instruments de mesure restent intéressants dans les études citées.

Parlons chiffres tout de même : pour 2010, dernières données disponibles, les dépenses remboursables pour les soins de ville s'élevaient à 73 milliards d'euros (hors dépassement) dont 50 milliards d'euros ont été remboursés. La différence correspond donc aux tickets modérateurs, franchises médicales, participations forfaitaires. Manquent 23 milliards. Pour les soins hospitaliers, nous ne disposons pas de telles données mais des comptes nationaux de la santé 2010. Les dépenses totales à l'hôpital représentaient environ 81 milliards d'euros et les remboursements par la sécurité sociale s'élevaient à environ

³⁴ Rivera, B. and L. Currais. 1999. "Economic Growth and Health: Direct Impact or Reverse Causation?" *Applied Economics Letters*, 6: 761-764.

³⁵ Suhrcke, M. and D. Urban. 2006. *The Role of Cardiovascular Disease in Economic Growth*.

³⁶ Ulmann, 2003. « Économie de la santé : quelques faits stylisés », <http://129.3.20.41/eps/hew/papers/0308/0308002.pdf>

75 milliards d'euros. Il faut donc ajouter 6 milliards, si nous voulons un remboursement à 100 %. Nous avons donc besoin de $23 + 6 = 29$ milliards. Evidemment, ça paraît beaucoup. Nous sommes les plus chers, parce que l'accès universel aux soins le vaut bien ! Mais quand on voit ce qu'il a été possible de sortir pour sauver les banques en 2008 et depuis, ce n'est pas considérable. Pourvu que l'on ait le courage de taxer les produits financiers et d'actionner les mécanismes de cotisation qui assurent les recettes nécessaires.

6) Personne ne parle aujourd'hui des politiques de promotion de la santé et de prévention. Et vous ?

CJ : Premièrement, ne pas nuire !

La santé de chacun d'entre nous procède en partie d'un capital génétique transmis par nos parents. Cependant, elle découle pour une large part de facteurs environnementaux, de la qualité de vie, des conditions de travail, de logement. En ce sens, toutes les politiques publiques qui sont au cœur de « L'Humain d'abord » ont un rôle à jouer en matière de santé : résorber la précarité, créer les conditions d'un logement décent pour le plus grand nombre, donner les moyens à la médecine du travail pour qu'elle puisse agir en toute indépendance vis-à-vis des employeurs, c'est améliorer la santé de la population. Développer les énergies alternatives aux énergies carbonées et au nucléaire, c'est lutter contre nombre de maladies respiratoires et nombre de cancers.

Ne pas nuire, c'est aussi changer radicalement de politique en ce qui concerne les médicaments et plus largement les produits de soin. Nous proposons de créer un pôle public du médicament dégagé des directives européennes sur la concurrence libre et non faussée, indépendant du lobbying de l'industrie pharmaceutique, pour éviter les scandales sanitaires que chacun a en mémoire, qu'il s'agisse du Mediator, des prothèses P.I.P, ou de l'usage des métaux lourds dans les soins dentaires. Aucun médicament ne devrait être mis sur le marché sans avoir apporté la preuve de son innocuité et de son efficacité supplémentaire par rapport à un produit déjà existant, et la règle sera qu'on ne rembourse que le moins cher, à qualité égale. A l'heure actuelle, on observe des écarts de prix considérables entre deux médicaments qui rendent rigoureusement le même service, c'est une gabegie qui n'a pas lieu d'être. Cela suppose l'éviction des laboratoires de la formation des médecins, afin d'éviter des prescriptions inutiles ou inadéquates faites parfois sous la pression des visiteurs médicaux, travailleurs qu'il conviendra de recycler dans des missions d'information et de prévention publiques coordonnées par les mutuelles, qui retrouveraient ainsi leur rôle originel.

Mais la santé est (aussi) dans l'assiette : par ailleurs, en interdisant l'usage de substances dangereuses dans l'agriculture (produits phytosanitaires responsables de cancers, métaux lourds), et en relocalisant la production alimentaire, en produisant selon des modalités respectueuses de l'environnement, en favorisant les circuits courts, nous améliorerons l'alimentation. Le tout sera accompagné de programmes de prévention, d'une réglementation des nutriments responsables de la malbouffe et de l'obésité, fauteuses de tant de maladies.

JLG : Nous sommes pour une politique de promotion de la santé publique en en faisant une discipline universitaire de plein exercice et reconnue. Nous organisons nos propositions sur une démarche de prévention, d'éducation à la santé large et dès le plus jeune âge. C'est un des axes dont nous avons parlé précédemment.

7) Pénurie de professionnels et inégalités des territoires en matière de santé marquent le paysage sanitaire aujourd'hui. Que proposez-vous ?

CJ & JLG : Il faut un véritable plan d'emploi et de formation audacieux, ambitieux et pérenne sur la durée d'une législature au moins pour en finir avec la pénurie organisée sur le concept suivant : diminuer les prescripteurs pour diminuer les dépenses de santé ! Cette logique qui amènerait à casser le thermomètre pour faire tomber la fièvre a des conséquences gravissimes pour la réponse aux besoins de santé de proximité.

Concernant les inégalités de territoires, il est inacceptable que des pertes de changes soient ainsi organisées avec un maillage du territoire qui connaît maintenant de grands vides, de vrais déserts sanitaires et sociaux. Les formes de travail de proximités doivent être renouvelées. Nous considérons que les centres de santé dans la ruralité comme dans le périurbain sont une réponse de proximité qui correspond aux aspirations des professionnels pour un exercice collectif. Il faut donc une politique volontariste de promotion des centres de santé.

8) Etes-vous favorables à un service public de la petite enfance ?

JLG : Nous voulons rompre avec le politique impliquant le « retour des femmes au foyer » et les inégalités. Nous proposons donc un service public de la petite enfance qui permette de garantir une desserte égale sur tout le territoire. Une loi-cadre doit affirmer l'obligation d'offrir autant de places en crèches qu'il y a de demandes. Le multi-accueil doit être aussi favorisé.

CJ : Oui. C'est une condition de l'émancipation des femmes, notamment des plus précaires.

9) Comment promouvoir la santé au travail?

JLG: C'est un des éléments de la prévention indispensable à une nouvelle politique de santé. Il faut mettre en place une médecine du travail indépendante du patronat. Ce doit être vrai de l'ensemble des professionnels des services de médecine du travail. La santé au travail passe par la réhabilitation des collectifs de travail et des espaces de discussion sur le contenu du travail; par la restauration de la finalité du travail, qui est de satisfaire les besoins de la société et non la rentabilité financière au profit de certains. Nos propositions construites sur la base des acquis théoriques des différents collectifs de réflexion et d'échange de médecins du travail, visent à élaborer par concertation un statut de médecin du travail assurant leur totale indépendance professionnelle à l'égard du patronat. Ce préalable fondateur de tout progrès de la prévention des altérations de la santé au travail et des inégalités sanitaires qu'elles entraînent étant admis, il est alors nécessaire d'assurer à ces soignants des conditions pratiques d'exercice permettant de remplir leurs fonctions. Il sera nécessaire d'augmenter le nombre de médecins du travail formés...

CJ: En sécurisant le travail, par la titularisation, en refaisant du CDI la norme et en augmentant les salaires. En mettant de la démocratie partout: là où ce sont les travailleurs qui décident, ils se portent mieux parce que l'organisation du travail prend en compte l'intérêt général. Et puis bien sûr en augmentant le nombre d'inspecteurs du travail et en veillant à leur indépendance totale vis-à-vis des employeurs. En donnant aussi les moyens aux prud'hommes de travailler plus vite.

10) Certains proposent le droit au suicide assisté. Y avez-vous réfléchi?

JLG: C'est une problématique complexe car éminemment humaine. La première chose à dire est que cette question doit échapper aux règles du marché, aux injonctions idéologiques et religieuses diverses et doit signifier notre profond attachement aux valeurs humaines: respect et dignité pour tous. 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. Nous sommes 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.

CJ: C'est une question très difficile. Aider les gens à vivre mieux, d'abord, oui... c'est tout le sens de notre

programme. Et aussi, ne pas criminaliser celles et ceux que l'amour de leurs proches pousse à les aider à mourir quand il n'y a plus d'autre solution. Il faut donc une loi qui leur permette de le faire.

11) Etes-vous bien d'accord entre vous sur la question de la retraite? Qu'en dites-vous?

JLG: Nous sommes fidèles aux aspirations du mouvement social. Le repère est bien 60 ans. Nous n'envisageons pas de le trahir. Nous sommes pour le départ en retraite à 60 ans à taux plein. Cela passe par:

- Une réforme juste basée sur la sécurisation de l'emploi et de la formation, du parcours de vie de la naissance à la mort, permettant à chacun de pouvoir partir à partir de 60 ans avec une pension à taux plein correspondant à une période allant de 18 à 60 ans, avec prise en charge des cotisations pour les périodes de non travail (précarité, chômage, formation, finalisation des études, maladie, invalidité,...). Il faut bannir la précarité.
- Une retraite par répartition avec une indexation des pensions sur les salaires, et non sur les prix, aucune pension n'étant inférieure au SMIC.
- Abrogation des réformes BALLADUR et FILLON avec suppression des décotes et retour aux dix meilleures années comme référence pour les salariés du secteur privé et aux six derniers mois pour le secteur public. Validation des années d'études dans les trimestres de cotisation.
- Développer la prévention, améliorer les conditions de travail afin d'arriver à la retraite en bonne santé.
- Le service public pour les personnes âgées afin de permettre aux personnes âgées d'avoir une vie sociale dans la dignité.

La question essentielle du financement:

- La retraite, issue d'une part des richesses créées par le travail, doit permettre aux salariés, après leur vie professionnelle, de prendre du repos, d'avoir une vie sociale et de vivre dans de bonnes conditions la dernière partie de leur vie.
- Le système de cotisation doit être basé sur la solidarité intergénérationnelle, avec les cotisations des salariés actifs et des employeurs pour financer les pensions. Les revenus financiers doivent cotiser au même niveau que les salaires.
- Supprimer les 30 milliards d'euros d'exonération dont bénéficie le patronat.
- S'appuyer sur un développement de la croissance économique et de l'emploi: une politique active de développement de l'emploi stable et qualifié, accompagnée de gains de productivité doit apporter d'importantes ressources pour financer les retraites. De plus, la part des salaires dans la valeur ajoutée

doit augmenter par rapport aux dividendes versés aux actionnaires.

- Aucun recours à la fiscalisation des retraites ne sera opéré pour leur financement.
- Paiement des dettes des entreprises et de l'Etat aux caisses de retraites et à la Sécurité sociale.

Nous avons à faire face à un enjeu de civilisation majeur devant un choix de société: Les anciens, charges et sources de profits, ou des citoyens à part entière ayant tout leur place dans notre société pour vivre dignement leur retraite dans de bonnes conditions, après une vie de travail. L'appauvrissement des retraités ne peut qu'entraîner un nouveau recul social.

CJ: Et bien oui, nous sommes bien d'accord.

12) Qu'est-ce qu'une politique familiale moderne en temps de crise?

CJ & JLG: La politique familiale doit se transformer pour répondre aux besoins sociaux actuels. Par exemple pour les jeunes ménages, l'âge de la mère à la naissance du premier enfant ne cesse d'augmenter. Il faut abaisser l'âge de la mère à la naissance du premier enfant afin de permettre aux couples d'avoir le nombre d'enfants désirés. Il faut assurer le développement des jeunes enfants. Les mesures pour concilier la vie professionnelle et la vie familiale sont insuffisantes. Elles ne devraient pas seule-

ment concerner les femmes et surtout ne pas s'effectuer au détriment de leur taux d'activité. Ceci constitue un point décisif de la réalisation de l'égalité hommes-femmes. La mise en place d'un véritable service public gratuit de la petite enfance est une nécessité. En effet le déficit criant de l'accueil de la petite enfance et son coût très élevé constituent à la fois un casse-tête et un casse-tirelire pour les parents. Cette situation pénalise les femmes, et les familles les plus modestes. Il faut réorienter la politique familiale pour réellement compenser le coût des enfants, il faut une politique pour la jeunesse.

13) A titre personnel, s'il y avait une seule mesure à retenir, quel serait votre choix?

CJ: En matière de santé, la gratuité totale de toutes les pilules contraceptives et un accès facilité pour les mineures à l'information et à la prévention dans le domaine de la maîtrise de leur corps. Et au plan général, la réquisition des logements vides: la première condition de la santé c'est d'avoir un toit.

JLG: C'est celle de mettre la démocratie au cœur des réformes à construire après avoir abrogé les dispositions que nous avons combattues avec le mouvement social toutes ces dernières années. Il faut vraiment rompre avec ce qui a été le détricotage de la protection sociale et de la santé Solidaires auxquelles nous croyons!

Les brèves des Cahiers

Un bébé meurt, tout va bien

Un fait qui laisse pantois: un nouveau-né est mort dans la rue à Paris le mardi 1^{er} novembre 2011, après que sa mère, une femme sans-abri, eut accouché dans une tente installée en face de l'Observatoire. Ce fait a été juste signalé dans la presse sans provoquer plus que cela de réactions et encore moins de décisions. Le nouveau président du Samu social a déclaré: « *Au cours de ma première maraude, le hasard a voulu que nous passions à côté des tentes installées près de l'Observatoire; on nous a alors informés qu'une femme avait accouché là, avec pour seule aide celle de son compagnon. Les tentes étaient vides. J'ai voulu en savoir plus et nous nous sommes donc rendus au commissariat. On ignore pourquoi elle ne s'est pas rendue à l'hôpital pour accoucher. On peut émettre l'hypothèse qu'elle avait peur qu'on lui retire l'enfant, ce qui semble être arrivé par le passé pour des faits de maltraitance. Il faut attendre le résultat de l'enquête en cours.* » Il a indiqué qu'il trouvait prématurées les réactions entendues après ce drame; le cas de cette femme ne semble pas être représentatif d'un manque d'accès aux soins, puisque précisément elle était prise en charge pour sa grossesse. « *Il s'agit plutôt d'un cas très particulier, dont il ne faut pas forcément tirer de conclusions hâtives* ».

Aux Cahiers, nous pensons que cette histoire n'est pas banale: elle témoigne de la situation actuelle de dégradation sociale en France. Le Samu social n'est-il pas lui-même en difficulté comme en témoigne la récente démission de son Président fondateur? De plus en plus de jeunes se retrouvent à la rue. Et les principaux candidats aux présidentielles trouvent qu'il faut réduire les prestations sociales.

Autre information: Rolls-Royce: ventes record en 2011 : La marque de voitures de luxe britannique Rolls-Royce a annoncé avoir battu en 2011 son record absolu de ventes depuis sa création en 1906, avec un bond de près de 50 % en Chine mais également de très bonnes performances dans les pays occidentaux touchés par la crise. Le constructeur a écoulé 3 538 modèles l'an passé, un chiffre en hausse de 31 % par rapport à 2010. « *2011 a été pour nous une année formidable* », s'est réjoui dans un communiqué le directeur général de la marque Torsten Müller-Otvös.

Bien sûr, il n'y a pas de rapport entre ces deux événements! Nous avons juste mauvais esprit et la rage.

L'hôpital de Rambouillet au pain sec

Le centre hospitalier a dû résorber un déficit estimé à 3 M€ en 2011. Un plan de redressement sur trois ans est prévu, cela passera par le gel des recrutements. L'Etat et son agence régionale de santé (ARS) ne viennent plus au secours des hôpitaux en difficulté financière. Celui de Rambouillet a dû faire appel à l'emprunt, diminuer les investissements. Deux millions d'euros de déficit en 2010, près de 3 M€ en 2011. Après avoir eu recours à l'emprunt et diminué les investissements alors que l'emprunt devrait être réservé justement aux investissements, la direction prévoit un plan de redressement avec l'objectif d'un retour à l'équilibre pour 2014. On peut en douter. « *Depuis plusieurs années, nous faisons appel aux banques pour lisser les creux en trésorerie, explique le directeur de l'hôpital. Un établissement ne peut pas rester indéfiniment dans cette situation.* ». Un arsenal de mesures est prévu: gel des investissements qui ne remettent pas en cause la sécurité des patients et du personnel, gel des recrutements médicaux et paramédicaux, et des avancements professionnels. « *Nous allons avoir aussi une politique sélective du remplacement du personnel contractuel* », ajoute-t-il. Toutes ces mesures à court terme, dont la renégociation de contrats, comme celui du gaz, devraient permettre de réaliser un million d'euros d'économie. Parallèlement, l'hôpital va chercher à augmenter ses recettes, notamment en révisant le montant des loyers fixés à des services hébergés, tels qu'EFS, la Croix-Rouge... Le centre hospitalier prévoit de réorganiser ses services médicaux et administratifs. Pour la mise en place de ce plan de rigueur, Gérard Larcher, maire (UMP) de Rambouillet, a obtenu le soutien de Claude Evin, directeur de l'ARS! « *L'ARS va nous apporter toute l'expertise médicale dont nous avons besoin, poursuit le directeur, plutôt optimiste au regard de l'activité de l'établissement. La chance est que l'activité de l'hôpital est en constante augmentation d'environ 4 % par an.* ». Expertise? Quelle expertise? L'absence de moyens signe le déclin de cet hôpital, c'est la seule chose sûre. Y a-t-il un hôpital public qui échappe aujourd'hui à ce mécanisme? A ce titre Rambouillet est exemplaire.

La crise nuit gravement à la santé des Grecs et des Français

Derrière la crise financière de la dette, il y a la crise économique, la crise de l'emploi, du pouvoir d'achat, la crise de la protection sociale et *in fine* de la santé. Ce qui percute les Grecs aujourd'hui frappera les Français dès demain matin. Une étude publiée dans le très sérieux journal médical britannique Lancet montre que les Grecs consultent de moins en moins leur médecin, que le taux de suicide augmente et que certaines pathologies infectieuses comme le sida refont surface. C'est la population grecque qui paye « *le prix ultime* » selon l'expression du Quotidien du Médecin. L'accès aux soins et à la prévention est en baisse. Le nombre de personnes qui ont déclaré en 2009 ne pas avoir consulté de médecins ou de dentistes alors qu'elles pensaient devoir le faire a augmenté de 15 % par rapport à 2007. Très important : les budgets hospitaliers sont en baisse de 40 % entraînant manque de personnel, pénurie de matériel, mais aussi corruption. Les hospitalisations parce qu'elles sont gratuites dans le service public ont augmenté de 24 % 2009 et 2010 alors qu'elles ont chuté de 25 à 30 % dans le secteur privé. Le nombre de personnes se déclarant en plus mauvaise santé qu'avant est de 17 %.

Selon l'étude citée plus haut le taux de suicide a progressé de 17 % entre 2007 et 2009 et de 25 % de 2009 à 2010. Le ministère grec de la santé note ensuite une augmentation de 40 % dans le premier semestre de 2011 par rapport au premier semestre 2010. Il est difficile d'imaginer une telle situation de désespoir. Où va-t-on ? Les médias ne font pas connaître ces faits. Alors les Grecs sont-ils vraiment sauvés par Sarkozy ?

Le nombre de sida déclaré a progressé de 52 % entre 2010 et 2011. La consommation d'héroïne aurait augmenté de 20 %. La prostitution a augmenté également. En France, Médecins du Monde déclare accueillir de plus en plus de citoyens grecs dans ses consultations.

Et pendant ce temps-là, le gouvernement français a publié le 19 octobre un décret qui exclut de la prise en charge des cures thermales et de l'assistance médicale à la procréation les bénéficiaires de l'AME (aide médicale d'Etat pour les étrangers en grande précarité). Ce décret a un double aspect : il marque le rejet de l'autre et il confirme sournoisement le principe du panier de soins. Le rejet, c'est de dire que les droits accordés sont limités pour certains du fait de leur origine et de leur condition sociale ; et à travers une mesure qui vise la procréation, on signifie clairement une position identitaire : il ne faudrait pas que les étrangers se reproduisent sur notre terri-

toire... Cette mesure qui à vrai dire ne concerne probablement pas grand monde, ne vise pas réellement un effet d'économie mais est plutôt de l'ordre du symbole. C'est sa signification politique qui importe. Elle vise l'électorat le plus réactionnaire : il faut empêcher les étrangers d'avoir des enfants.

De plus les soins hospitaliers de plus de 15 000 euros seront soumis à une procédure d'agrément. Jamais en France on a évalué le coût précis d'une hospitalisation avant de la décider puisque l'hospitalisation du patient était une décision purement médicale. Tout ceci paraît ubuesque et inapplicable mais gageons que les caisses de sécurité sociale sauront inventer les procédures voulues. Cette mesure fait suite à l'instauration pour les bénéficiaires majeurs d'un droit d'entrée de 30 euros. C'est beaucoup pour ces populations qui n'ont rien. Quant au panier de soin, ne nous y trompons pas : il s'agit de nous habituer au fait que certains en France auront accès à des soins « autorisés » par l'administration et limités. Ce n'est plus le médecin qui décide. Demain, ce sera toute la population qui sera concernée au fur et à mesure de son enfoncement dans la pauvreté. Et de plus le panier de soin se parfume d'eugénisme. Vous l'aviez compris : ce seront les pauvres qui seront discriminés, pas les riches !

Dernière information : les caisses selon le COMEDE (Comité médical pour les exilés) durcissent leurs positions et refusent l'accès à l'AME en demandant des justificatifs de ressources et de présence en France au-delà de ce que prévoit la Loi. Pourtant les mineurs ont des droits qui doivent être immédiatement ouverts sans tenir compte du statut de leurs parents en situation irrégulière ou non. On le voit, c'est tout un climat malsain qui se crée allant bien au-delà de ce qui est légal. Ce climat est encouragé. Les présidentielles ne sont pas loin...

Prothèses mammaires : l'avocat de PIP parle d'une « démarche capitaliste »

L'avocat de la société PIP (Poly implant prothèse), s'est exprimé le lundi 26 décembre sur France Info pour défendre l'entreprise d'implants mammaires - implants soupçonnés d'être en cause dans huit cas de cancer, dont un décès, chez des femmes qui les portaient. Parmi les deux gels utilisés dans la fabrication des prothèses, l'un, « *il est vrai, n'a pas reçu l'agrément des normes françaises* », explique M^e Yves Haddad. « *Le problème est un problème de prix de revient et de coût, donc de bénéfice. C'est une démarche capitaliste, et c'est comme ça.* »

Début 2010, le parquet de Marseille, alerté par l'Afsaps (Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé), ouvrait une enquête préliminaire pour « tromperie sur les qualités substantielles du produit, publicité mensongère, et mise en danger de la vie d'autrui ». Les enquêteurs constatent que l'entreprise utilise un gel de silicone non conforme, « dix fois moins coûteux » qu'un gel conforme, lui permettant de réaliser une économie d'environ un million d'euros par an. La direction de la Sécurité sociale a indiqué que le coût maximal pour la Sécu des opérations de retrait des prothèses mammaires PIP était estimé à une soixantaine de millions d'euros.

Augmentation ridicule du numerus clausus des étudiants en médecine

L'augmentation du numerus clausus pose problème aux facs de médecines : c'est normal vu les réductions réalisées dans ce secteur depuis des années. « *L'augmentation du numerus clausus, annonce le ministre de la santé, devait permettre d'éviter une pénurie de médecins d'ici dix ans et de palier le développement du temps partiel* ». C'est archifaux : les cent places promises ne régleront pas le déficit ; il continuera à s'aggraver. C'est 2 000 places supplémentaires qu'il faut ! Pourtant cette annonce n'a pas réjoui la Conférence des doyens qui estiment que les facultés de médecine fonctionnent déjà au plein de leurs capacités, et qu'elles ne pourront pas faire face à l'accueil d'une telle augmentation d'effectif. Elles sont « *déjà au maximum des possibilités humaines et matérielles* » déclare la Conférence des Doyens des facultés de Médecine. Elle tient à rappeler que ce nombre a déjà doublé entre 1998 et 2010, passant par paliers réguliers de 3 583 à 7 403 ; les effets n'en seront constatés qu'à partir de 2020 (selon les études de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé). Le ratio numerus clausus/total des enseignants s'est d'ailleurs dégradé au niveau national,

passant de 0,41 en 1999 à 0,8 en 2010. Se pose ainsi la question de la qualité de la formation. Il faut augmenter le nombre d'enseignants pour pouvoir augmenter le nombre d'étudiants !

La TVA sociale : le retour !

Dans ses vœux du 31 décembre aux Français pour l'année 2012 en est, Sarkozy envisage à nouveau le recours à la TVA sociale, vieille lune réactionnaire s'il en est. Pour 64 % d'entre eux les Français n'en veulent pas ! Cette augmentation de la TVA, dont le produit, dit TVA sociale, serait prétendument affectée au financement de la protection sociale, vise principalement une nouvelle baisse massive des cotisations patronales. La plupart des syndicats d'employeurs, le Medef en tête, appuient cette proposition. Mais tous les syndicats de salariés, exceptée la CGC, la refusent puisque la hausse des prix inévitable pèserait encore plus largement sur les ménages modestes en raison du caractère inégalitaire de la TVA. Selon les défenseurs de la « TVA sociale », cette source de financement devrait s'accompagner de la disparition des cotisations patronales au niveau du SMIC.

Les libéraux prétendent que la TVA sociale permettrait de taxer le travail fait à l'étranger et la présentent même comme une taxe anti-délocalisations, c'est notamment l'argument de François Fillon. Mais l'idée qu'une hausse de la TVA se compenserait au niveau intérieur par une baisse des prix hors taxes suppose que les entreprises répercutent intégralement la baisse des coûts salariaux qui leur serait accordée dans le même temps. Cette idée est absolument irréaliste. Déjà les exonérations massives de « charges » sociales et fiscales ne se traduisent pas par des baisses de prix. En revanche, les prix à la consommation hausseraient de manière considérable puisque ces nouvelles augmentations de la TVA exerceraient un effet dépressif sur la consommation, avec de nouvelles difficultés pour les revenus modestes mais aussi sur l'ensemble de l'économie. L'idée de taxer le travail fait à l'étranger, repose sur un mécanisme supposé de dévaluation compétitive à travers la « TVA sociale ». En effet les produits vendus à l'étranger le sont hors taxes, en supposant que les entreprises baissent leur prix en répercutant les baisses de charges accordées, cela équivaldrait à une baisse des prix à l'exportation. Conjointement, comme la nouvelle TVA serait applicable en France aux produits importés, cela les renchérirait d'autant pour le consommateur final. Mais les prétendues conséquences « bénéfiques » liées à la TVA sociale sont hypothétiques. Au niveau des traités européens cette « dévaluation compétitive » est en principe interdite. En ce qui concerne les échanges mondiaux

et la prétendue lutte contre les délocalisations, le différentiel obtenu conduirait à une baisse relative du coût du travail. Quant au renchérissement des produits importés, il conduirait à une hausse de 2 % à 3 % pour les produits manufacturés, alors qu'une hausse de 7,5 % pour les produits alimentaires serait prohibitive pour les pays du sud, ce qui va à l'encontre des objectifs visés par les échanges internationaux. L'idée de la TVA dite sociale est aventureuse, ce serait mettre la main dans un engrenage très dangereux. L'exemple du Danemark est souvent cité : effectivement une fraction de la TVA élevée (25 % au total) finance une part assez large de la protection sociale, mais on oublie de rappeler que l'ensemble des prélèvements obligatoires s'élève à près de 53 % du PIB. Or, les tenants de la TVA sociale sont les mêmes que ceux qui prétendent que les prélèvements obligatoires, 44 % d'après l'OCDE, sont insupportables en France. Ils omettent aussi de rappeler que le coût total du travail est beaucoup plus élevé au Danemark qu'en France, pratiquement 1,4 fois plus. Ce système à l'origine très beveridgien, a conçu le financement de la protection sociale selon des normes très différentes des nôtres, avec notamment une très forte puissance des syndicats de travailleurs dans les négociations collectives, et il paraît illusoire de vouloir copier tel quel le système danois d'autant que le Danemark est à la recherche d'une augmentation de la part des cotisations sociales. En France, le mécanisme de la TVA sociale renforcerait dangereusement une fiscalisation reposant sur les seuls ménages, en désresponsabilisant plus encore les entreprises. On se priverait du lien entre protection sociale et nouveau type de croissance, ce qui serait contre-productif par rapport à la croissance réelle, sociale et écologique et anti-redistributif. Cela mènerait à un processus d'étatisation-rationnement du système de protection sociale à son éclatement au détriment de la solidarité, à de nouveaux rétrécissements de la prise en charge des risques sociaux, et conjointement à l'accélération de la montée du privé pour les retraites et l'assurance-maladie, objectif des libéraux qui prônent la TVA sociale.

Les notes de lecture

Note de lecture du Dr Paul Cesbron (décembre 2011) :

« Manifeste pour une santé égalitaire et solidaire » : Un appel à la défense et à la promotion de l'organisation publique de la santé

Généreusement militant, nécessairement unitaire et sans complaisance à l'égard du pouvoir, le manifeste des 123 personnalités médicales, associatives, scientifiques, artistiques et sportives a pour ambition de dénoncer les atteintes portées à notre système de soins et plus encore de faire des propositions pour l'avenir conformément aux idéaux républicains. Destiné au grand public, son parti pris pédagogique n'enlève rien à sa rigueur et à son intérêt pour les professionnels de santé.

Et tout d'abord un diagnostic sévère

La situation de notre service public de santé n'est liée ni au hasard, ni aux fatalités de l'histoire, ni à un désastre économique général qui aurait curieusement pour cause des dépenses publiques excessives, et pire leur mauvaise gestion ! Non, elle est pour nos « pétitionnaires », la conséquence de choix politiques délibérés. Il s'agit selon les auteurs, de céder au secteur commercial tout ou partie de notre secteur public. Mais alors pourquoi ce choix inévitablement injuste ? Tout simplement parce qu'à la justice et à la solidarité, les responsables politiques ont préféré le projet des banques, fonds de pensions et autres groupes d'affaires. C'est à la fois cynique et scandaleux. D'autant que cette volonté est désormais portée par une loi qui, pour dissimuler son objet, son but, affiche un objectif présenté comme rationnel et pacifiant : la « *convergence public-privé* ». Selon la loi « *Hôpital-Patients-Santé-Territoire* », il n'existerait plus à l'avenir qu'un seul service de santé regroupant des établissements ayant tous à terme des missions de santé d'intérêt général : prévention, soins, permanence des soins, recherche, enseignement et formation. Le subterfuge tente ainsi de dissoudre les qualités d'égalité et de fraternité du service public, dans une unité de façade cachant bien mal le caractère mercantile du service privé. Quant au moyen comptable, la tarification à l'activité (T2A), qui a permis de briser le dynamisme du service public, son apparente originalité, défendue même pour son efficacité, n'est qu'un triste et banal retour aux sources de l'esprit de boutique. Sachant qu'en fait cet attrape-nigaud, cache à peine sa diabolique ambition de réduire les dépenses publiques de santé par le jeu de « *l'enveloppe globale* » fixée chaque année au Parlement (Objectif National des Dépenses d'Assurance-maladie, O.N.D.A.M.).

Ainsi l'on en arrive au démantèlement de l'ensemble de l'organisation publique de santé

Aux déficits stratégiques, font suite les plans de retour à l'équilibre financier entraînant les réductions de personnel et l'externalisation des services techniques, appelée recentrage sur les soins, la « *mutualisation* » des moyens par restructuration (fusion et fermetures de services), réduction de l'offre publique de soins et pour conclure partenariat public-privé.

La boucle est bouclée, le désarroi du personnel s'installe, facilité par des incitations au départ, le jeu de la séduction autoritaire et l'aggravation insensée des conditions de travail. Bien mûr, le fruit n'a qu'à être cueilli par le secteur commercial. Le tout étant joué, notre service public gravement déboussolé, son discrédit orchestré par les campagnes publicitaires de la Fédération Hospitalière Privée (F.H.P.), notre pays perd son caractère d'exemple dans le monde pour la qualité des soins justement accessibles à tous, ou presque. Aussi le manifeste des 123 propose-t-il de fortes mesures d'urgence face au naufrage annoncé et de recommandations structurelles, nécessaires à cette période destructrice. Il s'appuie sur les valeurs fondatrices de notre santé : égalité et solidarité, par opposition aux tendances injustes qui fleurissent sous les « *vents mauvais* » qui soufflent sur l'Europe. Au texte unitaire d'analyse et de préconisations, font suite des « *fiches* » ouvertes au débat.

Une « Sécu » en faillite et un excès de dépenses publiques !

Vient en premier la « *déconstruction* » du slogan-menace, falsificateur et démoralisant, trivialement nommé « *trou de la sécu* ». Une telle désignation mérite à elle seule une solide mise en examen littéraire. Mais revenons à nos 123 reconstruteurs. Ce fameux trou abyssal dans lequel nos responsables politiques voudraient bien nous précipiter afin de susciter notre soumission à leur secourable volonté, n'est évidemment qu'une mystification idéologique.

La part de la santé dans le produit intérieur brut (P.I.B.) est d'abord importante dans sa constitution elle-même : développement considérable des industries des médicaments et des machines nécessaires au diagnostic et au traitement. Outre que « *ces produits* » sont sources de profits mirifiques, ils sont principalement financés par notre « *sécu* ». Par ailleurs, cette fameuse part consacrée à notre santé est un excellent investissement humain si ce n'est le meilleur pour toute société qui se donne pour objectif sinon la justice, du moins le progrès. Or ce qui creuse le « *trou* », ce ne sont ni les fraudeurs, ni les fautes d'organisation ou les responsabilités partagées des soignants et des soignés, mais très simplement les exo-

nécessaires sans fin et dettes permanentes des cotisations patronales dont la part dans la constitution du « trou » ne cesse de s'accroître. Voilà le principal coupable et c'est une donnée qui n'est guère contestable. Une société qui prétend s'affranchir de ce qu'elle nomme par contresens « charges sociales » est vouée à l'enfoncement dans l'injustice. Quant à la bonne et juste part que doit occuper la santé dans le produit intérieur brut, certains économistes non « radicaux », non « alternatifs » n'hésitent pas à considérer qu'elle peut grimper avec bénéfices pour tous, jusqu'à environ 30 % (2011, Philippe ASKENAZY).

La France n'est d'ailleurs pas le pays qui consacre la part la plus élevée de son produit intérieur brut à la santé. Mieux, elle a semblé jusqu'à la fin du précédent millénaire bien l'utiliser, si l'on en croit les données épidémiologiques. La suite est bien décrite par nos « manifestants ». Leurs préconisations découlent de leur constat. Il faut abonder les recettes en taxant les profits non réinvestis dans la production de biens et de services, éliminer les exonérations, du moins certaines, et réduire les dépenses injustifiées ne possédant aucune efficacité sanitaire.

L'organisation des soins

L'hôpital public doit assurer, associé ou non au secteur privé non lucratif (associatif et mutualiste), les fonctions de service public. A ce titre, il faut soutenir leurs missions d'intérêt général, associer les trois modes de financement (prix de journée, budget global et parfois tarification à l'activité!), isoler les tarifs publics des tarifs privés, différencier les tarifications selon les salaires des personnels, les mises en conformité réglementaires, les coûts des traitements...

La médecine générale actuellement gravement désaffectée, doit retrouver son éminente fonction de proximité et de premier recours. Si l'on veut obtenir cette réhabilitation nécessaire à l'organisation de la santé, de fortes transformations s'imposent concernant son accessibilité, ses conditions d'exercice et sa reconnaissance sociale. Associations pluri-professionnelles, mutualisations des moyens et de l'organisation, refus des dépassements d'honoraires, salariat et tiers-payant possibles, sont autant de conditions remplies par des centres ou maisons de santé. Les tâches de prévention et d'éducation sanitaire devraient être rendues possibles par des rémunérations mixtes ou le salariat.

Et que font les auteurs du manifeste des Hôpitaux de proximité?

L'ensemble de l'organisation de santé devrait associer la médecine générale à la médecine hospitalière dans le cadre de filières de soins (anciens réseaux) organisant leur gradation. A la médecine générale et aux soins de pre-

miers recours, doivent participer les hôpitaux généraux de proximité (Urgences, Médecine, Chirurgie, Obstétrique) dont les fonctions mériteraient quelques précisions. S'agit-il bien des Hôpitaux de proximité actuels et voués aux soins de suites et de rééducation (S.S.R.), à la gériatrie et aux soins palliatifs, souvent concédés au secteur lucratif, quand ce n'est pas à la disparition pure et simple? Ceux-ci doivent être liés à des hôpitaux référents assurant les différentes spécialités. Eux-mêmes travaillant en liaison étroite avec les Hôpitaux Universitaires, assurant les soins de haute technicité, la formation et la recherche. On peut déplorer à cette occasion l'absence de bilan critique des réseaux de soins, ancien modèle des filières qui furent préconisées durant les plus de vingt-cinq dernières années.

Rendre à la Psychiatrie son éminente fonction

L'intérêt porté aux soins psychiatriques est également remarquable. Après la ferme condamnation des tendances sécuritaires dominantes, démagogiques et déshumanisantes, faites d'exclusion sociale et de soumission thérapeutique, c'est toute la remise en cause du secteur de soins psychiatriques qui est sévèrement critiquée. Alors qu'il doit bénéficier d'un soutien permanent. L'aide morale et sociale apportée à toutes les formes de souffrance psychique, expression des contradictions d'une société, est la vraie réponse alternative à l'enfermement du malade et au repliement sur soi, mortel, des politiques sécuritaires.

Et les dépassements d'honoraires?

Quant aux scandaleux dépassements d'honoraires, tant en ce qui concerne la médecine libérale que la pratique du secteur privé intra-hospitalier, les préconisations sont d'ordre réglementaires, elles visent à dissuader de telles pratiques. Est-ce bien suffisant? Est-ce bien la crainte de mesures administratives autoritaires qui incitent nos auteurs à tant de prudence, ou celle de perdre tout crédit auprès d'une partie non négligeable des médecins eux-mêmes?

La politique du médicament

Selon nos auteurs, les transformations à apporter seraient principalement celles concernant les autorisations de mise sur le marché (A.M.M.) des médicaments, viciés par le mécanisme de corruption diffus ou de collusion de fait entre experts et firmes. Ainsi réglementation et contrôles divers devraient résoudre les scandaleuses défaillances des organismes publics que sont la Haute Autorité de Santé (H.A.S.), l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé (AFSSAPS) en particulier. Seraient par ailleurs proscrites toutes autorisations de mise sur le marché aux produits n'ayant d'autres effets que placebo ou n'apportant rien ou presque rien

par rapport aux médicaments déjà existants (cf. revue PRESCRIRE). La production privée du médicament, n'est guère discutée, en raison sans doute de la défiance de principe de nos auteurs à l'égard des structures publiques « *hors profit* » ?

Prévention et sécurité sanitaire

Ces aspects essentiels de la santé publique tiennent peu de place dans l'ouvrage. Il ne faut sans doute pas s'en étonner. Comme il est dit dans l'introduction, les professionnels de santé sont principalement formés aux soins. C'est même leur culture. Elle explique au moins en partie toute une conception du soin individuel « *au patient* », du « *colloque singulier* », l'opposition aux institutions, réglementations et à toutes formes « *d'administration* » de la santé, perçues comme bureaucratiques et en définitive autoritaires et antihétiques du soin. L'hygiénisme de la fin du XIX^e siècle et de toute la 1^{re} moitié du XX^e siècle, y compris ses aspects disciplinaires, a cependant impulsé de nouvelles pratiques et un souci préventif réel pour une partie importante des médecins. Prenons l'amiante, les pollutions atmosphériques, aquatiques, les préoccupations écologiques, tout cela entraîne les professionnels à la création de pôles d'intérêts scientifiques et pratiques nouveaux, également incités par la diffusion de données épidémiologiques essentielles. Les soignants ont compris pour la plupart leur responsabilité préventive et la nécessaire interdisciplinarité qu'elle implique tant sur le logement, l'alimentation, les modes de vie, le travail, les addictions de toutes sortes, ... Le manifeste ne pouvait l'oublier. Après avoir rappelé son attachement à l'égalité d'accès à des soins de qualité, on peut s'étonner de la discrétion du propos au sujet du « *numerus clausus* » et du partenariat public-privé dans la recherche, alors que la période plaiderait plutôt en faveur du renforcement de l'indépendance du secteur public.

De la nécessaire démocratie sanitaire

Ce vaste outil de réflexion critique et de propositions de la politique publique de santé en arrive à un des « *pilliers du système de soins pour l'avenir : la démocratie sanitaire* ». Nos auteurs ont semble-t-il adopté le jugement que la démocratie politique représentative ne permettait pas seule d'obtenir les transformations nécessaires à notre système de soins. Ils ont admis qu'une politique « *égalitaire et solidaire* » impliquait impérativement l'intervention active des citoyens. Tant pour définir les besoins de santé, que pour organiser les réponses les plus adéquates. C'est évidemment considérable. Si la loi du 4 mars 2002 est une avancée concernant les droits des patients et l'organisation des soins, elle ne peut être efficace que par la participation active des intéressés. Or la loi « *Hôpital-Patients-Santé-Territoire* » malgré les déclarations lourdement proclamées et intéressées de ses auteurs, réduit

à tous les niveaux et dans toutes les instances la participation citoyenne réelle des élus, des représentants des personnels et des patients ainsi que de leurs parents ou de leurs proches. La loi « *HPST* » utilise l'opacité et l'autorité, pour imposer ses projets. Comment en serait-il autrement alors qu'elle a pour fonction de démanteler le service public de santé pour le céder au moins en partie aux intérêts privés.

C'est incontestablement la mesure la plus forte et la plus politique défendue par ce manifeste. Comment faire face avec détermination à une politique de santé qui creuse les inégalités sanitaires en utilisant les armes du marché par la logique entrepreneuriale du profit : gouvernance et management ? Le manifeste y répond clairement par l'expérience de la pratique participative citoyenne dans tous les aspects de la vie publique, en particulier dans la santé. Ainsi de préoccupation individuelle et privée, elle devient source de justice et de fraternité. L'expérience contradictoire, pluraliste et unitaire apporte les réponses les plus conformes aux besoins de tous. Elle s'oppose, point par point à la conception autoritaire et centralisatrice des Agences Régionales de Santé (A.R.S.) A ce titre l'exigence d'abrogation de la loi dite Bachelot (H.P.S.T.) semble mériter plus de fermeté que ne lui en accordent les auteurs du « *Manifeste* ».

Le manifeste des 123 est l'illustration d'une pratique démocratique, il en est le fruit et la source. Ses limites, ses imprécisions appellent d'abord enrichissement critique et élargissement, brisant ainsi les fortes tendances « *post-démocratiques* » dénoncées par Jünger Habermas, qui prétendent apporter des solutions à la crise sociale et politique, alors qu'elles participent à son aggravation et nient toute possibilité partagée de coproduction d'identité, de sens, de valeur, d'imaginaire (Bernard Stiegler).

Note de lecture du D^r Michèle Leflon (janvier 2012) :

« L'hôpital en réanimation »

un livre de Bertrand Mas, Frédéric Pierru, Nicole Smolski et Richard Torrielli

Ce livre, édité à l'initiative du SNPHAR-E, (Syndicat National de Praticiens Hospitaliers Anesthésistes Réanimateurs Elargi) rassemble toute une série d'articles courts, d'auteurs divers, sociologues, économistes, médecins... en faisant un ouvrage relativement facile à lire, tout en posant les questions de fond, celles de la casse du service public hospitalier par le néolibéralisme, celles des dangers des réformes en cours pour les personnels et les malades, avec le mérite de terminer par des propositions

car il a l'ambition de réanimer l'hôpital public, qui soigne toujours, malgré les remises en cause, et plutôt bien, du fait de l'attachement de ses personnels.

Après une intéressante histoire de l'hôpital à travers les âges, due à François Danet, Christian Laval, chercheur associé à l'institut de recherche de la FSU, se livre à une analyse des transformations subies par tous les services publics : la prise de conscience de la logique d'ensemble du néolibéralisme est de nature à aider chacun à résister et à reprendre sa place, autonome et singulière, au sein de sa profession. Autant, j'en partage cette notion d'une seule logique à l'origine de toutes les transformations, de tous les malaises, autant, je ne suis pas d'accord avec l'analyse faite. En effet, sa thèse consiste à dire que le néolibéralisme n'implique pas que tout devienne « marchandise » directement mais que plus fondamentalement, toute la société, toutes ses institutions, tous les individus, doivent obéir à la même rationalité qui est celle de la concurrence et que « *la société néolibérale est l'imposition de la concurrence comme loi suprême du fonctionnement de l'humain* ». N'est ce pas plutôt la recherche de profits toujours plus importants par les capitalistes, la baisse des profits dans l'industrie (ou tout du moins dans de nombreuses branches industrielles - loin de moi l'idée de dire que les profits baissent dans l'industrie pharmaceutique!) qui les amènent à chercher à faire des profits là où ils n'en faisaient pas, à transformer en marchandise ce qui n'était qu'entraide ou relation directe de service entre celui qui effectuait la tâche et l'utilisateur. Car c'est bien parce que les soins, la formation... sont devenus des marchandises, que l'on peut faire du profit avec. Et il faut pouvoir les vendre, ce qui suppose un marché, en rejetant toute concurrence déloyale d'un Etat, ou de toute autre institution rendant ces services, sans les vendre, ou en dessous du prix du marché. La mise en concurrence n'est que secondaire à la recherche des profits; elle ne s'accompagne pas **que** d'une transformation des conditions de travail, aussi nocives soient celles-ci, mais aussi de l'apparition d'une véritable exploitation de travailleurs qui ne l'étaient pas dans toute l'acceptation marxiste de ce terme. Là où soit, directement la personne bénéficiaire du service, soit l'état ou une collectivité, versaient un salaire, un traitement, une gratification, des honoraires... selon les circonstances en échange d'un service rendu, ils sont amenés à verser à travers l'intermédiaire d'une entreprise privée, un salaire, évidemment tiré vers le bas, mais aussi de quoi verser des dividendes aux actionnaires de la Générale de Santé, d'Orpéa... et autres groupes privés et ceci ne touche pas que le domaine des soins, mais aussi par exemple la formation. Evidemment, quand je dis cela, c'est sans nier que les principes de gestion du personnel du privé envahissent le secteur public, avec sans doute deux intérêts : rendre plus facile le passage futur au privé

mais aussi casser les solidarités, appliquer le principe du diviser pour régner et c'est pour cela que je souscris, au-delà de ces commentaires, complètement au but de cet article : la prise de conscience de la logique d'ensemble du libéralisme doit aider à reconstruire les solidarités, lutter contre la culpabilisation des salariés que recherchent les nouvelles normes de gestion et contribuer à la résistance et à l'action pour la mise en place d'un secteur public de type nouveau, répondant mieux aux besoins des populations, tout en permettant l'émancipation des femmes et des hommes qui y travaillent.

Un chapitre du sociologue Nicolas Belorgey résume son livre (« *L'hôpital sous pression en quête sur le nouveau management public* ») que j'avais lu avec grand intérêt : il y explique - et son livre est une merveille d'enquête documentée - le rôle confié aux consultants et aux agences pour faire intérioriser aux agents hospitaliers une vision gestionnaire des soins, au détriment de la qualité, sous peine de culpabilisation.

Les questions financières ne sont pas esquivées, avec un chapitre (chapitre 4) de Frédéric Pierru reprenant l'historique de la montée en puissance de l'assurance dans la protection sociale avec, à l'initiative de l'attaque, le patronat, CNPF puis MEFEEF, s'appuyant sur la construction européenne ultralibérale, un article de Julien Duval (chapitre 9) sur le déficit de la sécurité sociale dont on peut regretter qu'il soit un peu bref s'attachant juste à soulever le rôle idéologique de marteler cette notion pour éviter de poser les vraies questions d'une nécessaire augmentation des dépenses de soins. Mais J. Duval n'analyse pas les causes de ce déficit, la nécessité d'augmenter les recettes, le poids des exonérations de charges des entreprises. Et manifestement, et c'est le point faible de ce livre, le lien nécessaire entre la protection sociale et le travail n'est pas compris. D'ailleurs le chapitre 11 reprend un article de Didier Tabuteau évoquant un financement plus équitable par la CSG, une équité sur laquelle il y a beaucoup à s'interroger, du fait des avantages majeurs pour les entreprises d'un prélèvement, non pas sur les salaires, sur ce qui constitue donc la valeur ajoutée, mais sur le résultat final, après prélèvement pour la finance, les amortissements, les actionnaires etc. et d'ailleurs, la CSG repose à 80 % sur les salariés. A l'heure de la promotion de la TVA sociale par un Président de la République soumis au patronat, ces questions de fond ne sont pas neutres ! Et au-delà des aspects économiques et sociaux, la fiscalisation de la sécurité sociale, c'est aussi sa soumission aux arbitrages du budget de l'Etat, avec tous les risques de privatisation par un gouvernement soucieux de faire des économies ! Heureusement, ce chapitre réaffirme que le remplacement de la Sécurité sociale par des complémentaires est source d'inégalités. Par ailleurs j'y ai

trouvé deux notions intéressantes, la première étant que la liberté tarifaire est un moyen pour la sécurité sociale de faire des économies: elle ne revalorise pas certains tarifs qui nécessiteraient de l'être en partant du principe que les médecins peuvent dépasser les tarifs conventionnés, mais que c'est autant de moins à rembourser. C'est assez cynique! La seconde porte sur le remboursement des soins courants de santé, c'est-à-dire hors hospitalisation ou affection de longue durée. Ce taux de remboursement pourrait constituer un indicateur intéressant: il serait de l'ordre de 55 %. Est ce suffisant pour que les gens se soignent avant de rentrer dans la case des remboursements à 100 %? N'est ce pas un facteur majeur d'inégalités?

Le financement de l'hôpital est évidemment abordé avec un article (chapitre 13) de Zeynep Or, directrice de recherche à l'IRDES, qui en décrypte les aspects pervers: la T2A n'a pas vocation à orienter les soins vers la satisfaction des besoins!

La deuxième partie du livre s'intéresse aux conséquences de ces transformations ultralibérales de l'hôpital pour les soignants avec ses retentissements pour les patients et Philippe Batifoulier, dans le chapitre 14, explique comment le processus de normalisation, nécessaire dans le cadre de la marchandisation du soin, exproprie le médecin d'une partie de son art et comment, l'aspiration à une véritable démocratie sanitaire est détournée en droit du consommateur pour qu'il puisse mettre en concurrence: « *il ne s'agit plus de donner la parole au patient, mais de lui donner un pouvoir de marché* ».

Dans le chapitre 16, Danièle Linhart se penche sur la transformation des conditions de travail, la souffrance liée à la peur de se retrouver en situation d'incompétence, aux conflits de valeurs et un encadré se réfère aux travaux d'Yves Clot dont on connaît l'importance pour remettre au cœur du débat le travail: « *La qualité du travail, la défense d'un travail soigné méritent une vraie délibération publique* ». ⁽³⁷⁾

Florent Champy, dans le chapitre 20, montre comment la remise en cause de l'autonomie professionnelle a des effets négatifs sur la qualité du travail et discute des rapports faussés entre recherche d'autonomie et corporatisme.

La *section 3* du livre est consacrée à des propositions. Le premier de ses chapitres m'a amusée, mettant en avant les anesthésistes réanimateurs, comme socialement

armés pour la défense du service public hospitalier: il y a sans doute quelques idées et il faudrait aussi chercher dans l'origine sociale de la profession, les plus anciens ont pour beaucoup découvert la spécialité à travers des gardes prises pour survivre. Mais à l'heure où le syndicat à l'origine de ce livre revendique un élargissement à tous les médecins hospitaliers, cette promotion de la spécialité est assez particulière! Elle témoigne sans doute de toutes les contradictions d'un vécu qui oblige à rassembler largement et de freins idéologiques limitant, freinant les rapprochements avec les autres catégories de personnels hospitaliers, des freins que d'ailleurs l'AMUF (association des médecins urgentistes) a dépassés en faisant des listes communes avec la CGT lors des dernières élections professionnelles.

Le livre se conclut en revendiquant le retour aux valeurs de service public, une nouvelle gouvernance des hôpitaux reposant sur la démocratie, le respect et l'humanité et fait des propositions très concrètes de maisons de santé en soins de premier recours adossées à l'hôpital.

Note de lecture du Dr Michel Limousin (août 2011):

« Comment on devient psychanalyste... et comment on le reste »

Un livre de Daniel Widlöcher

Les éditions Odile Jacob ont publié fin 2010 un ouvrage en l'honneur du professeur Daniel Widlöcher: « **Comment on devient psychanalyste... et comment on le reste** ».

Cet ouvrage explore les moments clés de la vie de ce grand nom de la médecine française qui furent aussi « des nœuds pour sa pensée, des carrefours pour l'analyse autant que des occasions de débats ». Daniel Widlöcher est l'un des grands de la psychanalyse française, réputé et respecté dans le monde entier. Il a représenté beaucoup pour ma génération. Il fut à la fois psychiatre, psychanalyste, ancien chef du département de psychiatrie de l'hôpital de la Pitié Salpêtrière à Paris. Il est membre de l'Association psychanalytique de France et ancien président de l'Association psychanalytique internationale. Il est l'auteur notamment des « **nouvelles cartes de la psychanalyse** », « **La psychanalyse en dialogue** », « **Choisir sa psychothérapie** », « **Les psychanalystes savent-ils débattre?** » et « **Vers une neuropsychanalyse** ». Ces titres parlent pour lui. Ils montrent que l'interrogation était sa méthode et qu'il était ouvert à la science d'aujourd'hui. On pourrait dire qu'il a renvoyé dos à dos les dogmatiques

³⁷ Références: *L'Humanité* du 9/12/11: <http://www.humanite.fr/social-eco/travail-la-qualite-du-travail-la-defense-d-un-travail-soigne-meritent-une-vraie-deliberat>

de la psychanalyse contempteurs de l'écrit et les critiques sectaires qui aujourd'hui jugent le travail de Freud avec les lunettes étroites du scientisme.

Il a été un psychanalyste au service des adultes, des enfants et particulièrement des adolescents. Il a construit sa carrière difficilement, en dehors des chemins académiques habituels. Ce livre interview reprend les instants féconds de sa vie et est l'occasion d'interrogation profonde: que retenir de ce parcours? Que transmettre? Qu'est-ce véritablement que la psychanalyse et que doit-elle être aujourd'hui?

Il a su croiser les mouvements de la pensée psychanalytique avec la nécessité médicale de prendre en charge des êtres en souffrance. Dans ce livre il retrace sa rencontre et sa rupture avec Jacques Lacan. On aurait aimé qu'il en dise un peu plus sur le sujet d'autant plus qu'il ne s'est jamais situé comme réel opposant sur le plan théorique. Il fut un lecteur attentif de l'œuvre de Freud et s'intéressa par là-même à l'élaboration progressive des processus de transformation de l'humain en fonction des résistances que Freud notait dans l'écoute attentive au travers de l'effet d'interprétation qui était son fil directeur.

Nous connaissions son œuvre en France. Ce livre nous permet de mieux comprendre son rôle au niveau international. Il a su favoriser le développement de la psychanalyse aussi bien en Amérique du Sud, que dans les pays de l'Europe de l'Est, du Proche Orient et de la Chine. Ce fut un passeur d'idées. Quand on voit la liste de gens qu'il a rencontré et avec qui il a discuté, on se prend à rêver: Lacan, Lagache, Lebovici, Anna Freud, Winicott, Granoff, Horacio Etchegoyen, Laplanche, Pontalis, Jean Piaget⁽³⁸⁾ etc.

Pour autant il ne resta pas enfermé comme certains dans une théorie et surtout une pratique figées. Il n'oppose pas biologie et le psychisme, le cognitif et le psychodynamique. Pour lui ces oppositions méritent d'être dépassées. Les thérapies cognitives ou comportementales et la psychanalyse sont des méthodes. Elles ne sont pas des fins en soi. Il a su organiser la confrontation entre sciences de l'esprit et psychanalyse.

À ce titre, il a joué le rôle d'un transmetteur; il a permis à la pratique médicale, en particulier dans le domaine

³⁸ Citation de D. W. : « dans le traité de psychologie de la Pléiade, dirigé par Jean Piaget, ce dernier crut bon de faire ce commentaire: « Les deux mérites principaux du chapitre de Widlöcher... sont une recherche constante des liaisons possibles entre la psychanalyse et la psychologie générale ou la biologie et une connaissance très lucide des questions qui restent à résoudre à cet égard... entre les progrès de la psychologie générale et ce qu'on désigne souvent en allemand par « psychologie des profondeurs » ».

de la prise en charge des adolescents, de s'ouvrir à la souffrance, à la maladie et au traitement. Il a été un personnage charnière.

On peut regretter le traitement éditorial du livre qui fait une part trop grande aux travers de l'homme (les petites manœuvres) de mon point de vue et une part trop petite aux réussites du psychiatre. Le livre dont la plume a été certainement guidée par un coauteur, est fait de nombreuses redites inadmissibles et malheureusement manque d'ampleur. Il passe plus de temps à noter le développement nécessairement complexe et difficile d'une carrière intellectuelle internationale avec les enjeux de pouvoir que cela implique, qu'à noter le mouvement des idées et des réalisations. C'est dommage. Car l'homme est âgé maintenant. Alain braconnier écrivait: « *Sa vie s'identifie à la psychanalyse telle qu'il aime la définir: tout autant une pratique culturelle qu'une pratique thérapeutique, elle ne donne pas une vérité, elle ouvre une voie* ». À ce titre Daniel Widlöcher a fait une synthèse, il a su mettre en œuvre une pratique, il a formé des élèves et soutenu un mouvement d'émancipation de l'homme.

Finalement, à lire quand même, par respect.

Note de présentation par le Dr Michel Limousin (janvier 2012) :

« Contre les prédateurs de la santé »

un livre de Catherine Jousse⁽³⁹⁾, Christophe Prudhomme⁽⁴⁰⁾ et Bernard Teper⁽⁴¹⁾

« *La guerre contre la santé solidaire, ou dit autrement, la guerre pour la marchandisation et la privatisation des profits des secteurs rentables de la santé et pour la socialisation des pertes des secteurs non rentables pour les actionnaires, est entrée dans une phase cruciale. Rappelons que les dépenses de santé représentent 11,1 % du PIB. Les prédateurs ne se*

³⁹ Catherine Jousse est Chargée de mission dans une mutuelle/Co-animatrice du Réseau Education Populaire (REP)/Ancienne secrétaire générale de la Fédération CGT des organismes sociaux/Ancienne membre de la Commission exécutive nationale de la Confédération CGT.

⁴⁰ Christophe Prudhomme est médecin urgentiste au SAMU de Seine-Saint-Denis/Membre de la commission exécutive de la Fédération CGT de la santé et de l'action sociale/Membre du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM)/Porte-parole de l'Association des médecins urgentistes (AMUF).

⁴¹ Bernard Teper est Co-animateur du Réseau Education Populaire(REP)/ Membre du Haut conseil de la famille/Co-animateur des États généraux de la santé et de l'assurance-maladie (EGSAM)/Animateur d'une manifestation nationale décentralisée contre les franchises sur les soins pour le 27 septembre 2007/Coordinateur d'un livre paru aux éditions Mille et une nuits intitulé: « **Santé - Assurance-maladie: quelles alternatives au néolibéralisme ?** ».

cachent plus pour attaquer la santé et l'assurance-maladie, ils disent ce qu'ils font et font ce qu'ils disent. De Warren Buffet, deuxième homme le plus riche du monde, jusqu'à Denis Kessler, actuel président de la SCOR, en passant par Guillaume Sarkozy, le patron de Médéric-Malakoff, tous assument ouvertement cette guerre. Devant cette offensive unie et bien organisée, y a-t-il une résistance à la hauteur des enjeux? Que nenni! La confusion règne. Beaucoup sont instrumentalisés par les prédateurs y compris des dirigeants politiques et des organismes complémentaires. Bien qu'il ait eu une accélération de la prédation décrite à partir de 2002 avec même un passage en turbo depuis la dernière présidentielle, il sera montré que cette logique prévaut depuis au moins 43 ans (depuis les ordonnances de 1967) et que les gouvernements de gauche ne l'ont guère enrayeré et que la gauche elle-même a aussi mis la main à la pâte à ce processus. Le livre se termine par une proposition alternative d'un nouveau système solidaire de santé et d'assurance-maladie et appelle à une insurrection des consciences. »

Morceaux choisis... pour vous donner envie de lire cet ouvrage :

Quelle est la situation actuelle de notre système de santé et d'assurance-maladie?

« Pour comprendre la situation actuelle de notre système de santé et d'assurance-maladie, il convient de savoir d'où il vient ou plutôt de repartir de la période de grande avancée du Programme du Conseil national de la résistance (CNR) et notamment de la création de la Sécurité sociale par les Ordonnances des 4 et 19 octobre 1945. Denis Kessler, l'un des penseurs de toutes les contre-réformes régressives en matière de santé et de protection sociale de ces trente dernières années est sans équivoque. »

Années 2008 - 2009 : le parachèvement de la bascule néolibérale.

« Les lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS 2009), la loi HPST ainsi que la réforme de la FNMF du 12 décembre 2008 ont pour mission d'achever un premier cycle d'attaques contre la Sécurité sociale solidaire.

Le projet HPST et les LFSS parachèvent le mouvement d'étatisation d'une part et de marchandisation et de privatisation d'autre part. Ces projets sont indissociables dans l'analyse de cette politique ultra-libérale. Cette fois-ci, le mouvement d'étatisation est ouvertement une politique de nature césaro-bonapartiste et donc totalement antirépublicaine. »

Une organisation en réseau: du centre de santé au CHU.

« Nous proposons plusieurs niveaux de réponse organisés en réseau :

- a) les centres de santé;*
- b) les centres hospitaliers généraux;*
- c) les établissements publics de psychiatrie de secteur;*
- d) les CHU (centres hospitaliers universitaires) et CHR (centres hospitaliers régionaux)*

Ces différents niveaux doivent être en lien en permettant à des praticiens d'exercer simultanément à plusieurs niveaux (par exemple praticien hospitalier donnant un temps sur la maison de santé).

L'idée générale s'inspire de la sectorisation psychiatrique ou une même équipe assure la continuité des soins : prévention, soins et suivi. Il faut dépasser l'idée que la santé serait limitée aux seuls soins, ce qui nécessite de réinterroger la place centrale du paiement à l'acte. Beaucoup de missions des professionnels de santé comme la prévention, l'éducation pour la santé doivent pouvoir reposer sur d'autres modes de rémunération. »

Le courrier des lecteurs

Sang, produits sanguins : en faire un espace marchand !

Par Jean-Pierre Basset, Militant du don de sang éthique, Valence.

Dans l'introduction du livre « Pour une santé et une protection sociale solidaires », il est noté que la privatisation et la marchandisation de la santé ont besoin de plusieurs conditions, la 1^{re} : qu'une place soit faite au privé ! L'acharnement des autorités sanitaires contre notre système transfusionnel public s'inscrit bien dans ce processus. Car pour les multinationales des produits sanguins le système français hors commerce, hors profit est inacceptable. A mon avis la majorité des dirigeants de droite le pense mais ne peut l'exprimer publiquement. Aussi l'autre condition soulignée « remise en cause de l'efficacité » est utilisée. C'est pourquoi l'AFSSaPS a décidé en octobre 2011 d'arrêter progressivement l'utilisation du « Plasma thérapeutique inactivé au Bleu de Méthylène » au prétexte qu'on a recensé 19 déclarations d'incidents (des allergies) sur 246 452 transfusions. Avant l'arrêt total du « B M » au 1/3/2012, le plasma inactivé au « Solvant Détergent » devait s'y substituer. Mais l'usine EFS de Bordeaux qui le produit a cessé de fonctionner. Et le 3/11/2011 « pour faire face au risque de pénurie » la direction de l'EFS annonce au CCE : « on va importer 75 % de nos besoins de Plasma thérapeutique » et l'acheter à Octapharma. C'est une multinationale basée fiscalement en Suisse qui collecte du plasma le plus souvent auprès de miséreux ? La volonté de porter un coup à notre système transfusionnel est devenue évidente aux yeux des donneurs de sang. Et une rapide mobilisation, avec des rassemblements de donneurs devant des préfectures en Rhône Alpes, a mis en échec ce projet. Fort en Rhône Alpes, le mouvement a aussitôt été interprété par les autorités : la directrice de l'EFS RA (900 salariés) est suspectée d'avoir donné des infos aux associations. Et elle a été limogée au CA du 21/12, alors que le fonctionnement de l'EFS RA est exemplaire, la collecte de sang y est supérieure aux besoins, ce qui a permis de fournir, en 2011, 40 000 poches de sang aux régions déficitaire PACA et IDF. Les associations de donneurs de sang (282 en RA) sont excédées. Aussi le 1^{er} février leur Comité Régional a tenu une conférence de presse pour rendre publics ces faits.

Pour une protection sociale et solidaire : le 92 se mobilise pour ses centres d'accueil de Sécurité sociale

*Par Hélène Cillières, animatrice départementale
des batailles sur les questions de santé pour le Pcf 92*

En septembre dernier, la direction de la Caisse primaire d'Assurance-maladie des Hauts-de-Seine a annoncé vouloir fermer près de la moitié de ses centres d'accueil, alors même qu'elle s'était engagée en 2005 à en augmenter le nombre. 19 centres sont menacés⁽⁴²⁾, dans 13 villes, au risque de voir des territoires considérables désertés par la Sécurité sociale.

C'est encore aux habitants et usagers que le gouvernement veut faire payer la facture de la RGPP et de la casse des services publics. Dans son accessibilité et sa proximité, la Sécurité sociale a pourtant toujours joué un rôle fondamental pour les populations, notamment les plus fragiles comme les personnes âgées et les malades. Après que les quatre parlementaires communistes du département⁽⁴³⁾ aient dénoncé ce projet auprès de la direction de la CPAM 92, et tandis que plusieurs villes⁽⁴⁴⁾, à l'initiative d'élus progressistes, ont voté des vœux d'opposition à ce projet, la mobilisation s'est organisée très vite pour exiger le maintien de tous les centres et garantir l'égalité de droits et d'accès à tous.

Les militants du PCF et du Front de gauche ont investi tous les lieux publics pour informer la population et faire signer une pétition, dont le succès a été immédiat, avec aujourd'hui plusieurs milliers de signatures. A quelques semaines d'échéances électorales cruciales pour le projet alternatif à gauche dont notre pays a besoin, cette bataille permet aussi de débattre sur le fond avec nos concitoyens, du rôle de la Sécurité sociale, de son financement mis à mal par les exonérations de cotisations patronales, le chômage et les bas salaires, mais aussi des politiques de santé, de l'accès aux soins, des remboursements, de la casse de l'hôpital public... Après une première action devant la direction le 20 octobre avec des syndicalistes et des salariés de la CPAM, un temps fort de mobilisation à l'appel du Front de gauche 92 est prévu le 9 février pour faire obstacle au projet de la droite de dégradation des services rendus aux usagers et de démantèlement de la Sécurité sociale.

⁴² Les villes concernées sont : Asnières, Bois-Colombes, La Garenne-Colombes, La Défense, Boulogne, Chaville, Garches, Saint-Cloud, Suresnes, Bourgl-la-Reine, Châtenay-Malabry, Châtillon, Clamart, Fontenay, Le Plessis-Robinson, Meudon, Montrouge, Sceaux, Vanves.

⁴³ M^{mes} Amiable, Fraysse, Gonthier-Maurin et M. Muzeau

⁴⁴ Notamment Gennevilliers, Clamart et Meudon.

Les documents des Cahiers

Document unique :

Pour une refondation de la psychiatrie

NDLR : nous relayons ici l'appel du Dr Hervé Bokobza, Psychiatre, membre du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire, paru dans Libération le 2 janvier 2012 pour une refondation de la psychiatrie.

La psychiatrie, discipline profondément ancrée dans le champ social, est en grave péril. Ceci a été dénoncé vivement et clairement lors des états généraux de la discipline en 2003. Nous affirmions alors que seul un changement radical de politique permettrait d'éviter le risque de désastre sanitaire auquel nous étions confrontés. Traiter des personnes souffrant de pathologie mentale pose toujours la question de l'exclusion et de la ségrégation : la peur de la folie est ancestrale et le demeurera probablement. Peur de la folie de l'autre, de la sienne, de l'étrangeté, de l'étrange, du déraisonnable. Soigner, c'est dédramatiser, faire confiance, accompagner, encourager. C'est, quand cela est possible, rassurer les familles, tenter d'explicitier notre travail, leur permettre de traverser des moments on ne peut plus douloureux. Or, il y a trois ans, le président de la République est venu stigmatiser les malades mentaux : ils seraient tous potentiellement dangereux, nous a-t-il affirmé. Le Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire est né de cette infamie. En juillet, une loi inique et liberticide était votée : sous-tendue par cette supposée dangerosité, elle enferme les patients dans une coquille sécuritaire et elle continue de transformer les soignants en exécuteurs de diktats normatifs. Au lieu de veiller sur les patients, on nous demande de les surveiller. La norme envahit les services, les pratiques, les espaces de soins : tout doit être contrôlé, protocolisé, prévu, géré, contrôlé, sécurisé. Or, le soin a besoin de liberté de penser et d'action, de confiance, de surprise. Notre temps doit être consacré à nos patients, au travail de réflexion au sein des équipes de soin. Or, pour répondre aujourd'hui à ces exigences normatives, chaque soignant est convoqué à se replier ou à se renfermer pour accomplir sa « mission » : remplir des cases, des fichiers. En fait, tout se passe comme s'il fallait éviter, refouler ou dénier l'essence même de notre pratique : la rencontre avec le patient, seul garant d'un soin de qualité. Une machine infernale est en marche. Chacun tente de résister comme il le peut. Lors d'un récent débat avec Claude Finkelstein, au forum de Libération à Lyon, j'insistais pour signifier que la psychiatrie ne se limitait pas, loin de là, « aux horribles internements » ; que près de trois millions de personnes se confient à des soignants tous les ans avec confiance et espoir, que c'est justement pour tenter de sauvegarder ces rapports de confiance que des mouvements impor-

tants de toute la profession s'étaient organisés dans le but de combattre cette récente loi qui justement institue la méfiance. Mais nous avons perdu une nouvelle bataille. Dans ces conditions, que deviennent et que vont devenir nos lieux d'hospitalisation ? Seront-ils ou ne sont-ils pas déjà complètement obsolètes ? Ne sont-ils pas les lieux qui peuvent le moins résister à cette machine normative et excluante, dont les récentes lois ne représentent que les derniers avatars ? Devrons-nous continuer d'accepter que nos pratiques soient à ce point méprisées, dévalorisées, étouffées par les pouvoirs publics ? Devrons-nous continuer à garder un « entre nous de circonstance » où chacun tente de se débrouiller comme il le peut, en s'épuisant et parfois vainement, et n'a de cesse de dire : « Ce n'est plus possible » ? Devrons-nous encore longtemps courber l'échine, oublier de dire, accepter l'inacceptable, participer à cette formidable œuvre de démolition qui s'accomplit devant nous et hélas parfois avec nous, au mépris de nos valeurs et de nos espoirs ? Car nous continuons d'affirmer que ceux qui souffrent de pathologie mentale ont besoin et auront besoin à des moments de leur existence de recourir à des lieux d'asile et qu'il est hors de question de supprimer encore des lits ! Mais inventer des lieux où l'accueil de la souffrance est possible est indispensable ! Lieux où les rencontres nécessaires à tout soin qui se réclame « humain » ne sont pas dictées par des protocoles aliénants, lieux où les règlements ne sont pas l'unique proposition « contenante », lieux où prendre du temps est possible et estimé nécessaire, lieux où le patient puisse tout simplement être reconnu dans sa singularité. Or, jour après jour, ces espaces sont de plus en plus difficiles à maintenir vivants. Que beaucoup disparaissent pour laisser place à des endroits indignes des valeurs humanistes qui ont fondé la psychiatrie moderne nous fait honte et nous révolte. Nous ne l'acceptons pas car cela nous écœure. Seul un mouvement de grande envergure réunissant soignants, patients, familles, citoyens pourra stopper cette machine infernale. Il est décidément grand temps de refonder la psychiatrie.

Les Actes du Séminaire :

Quelle politique et quel financement alternatifs pour l'hôpital public aujourd'hui et demain ?

NDLR: nous donnons la conférence donnée par M. Tonnelier en décembre 2010 lors du Séminaire dirigé par M^{me} Catherine Mills

Les hospitalisations « potentiellement évitables » en Ile-de-France : un marqueur du retard à l'accès aux soins

Par François Tonnelier, Directeur de recherche honoraire à l'Irdes, Robert Freund & J.-F. Philippon

L'objet de cette note est d'étudier les hospitalisations « *potentiellement évitables* » en Ile-de-France en 2006. Ces hospitalisations concernent des hospitalisations qui auraient pu être évitées si les soins primaires étaient intervenus auparavant en temps opportun. Les principales pathologies concernées sont l'asthme, l'angine de poitrine, le diabète. Ce concept a été proposé initialement aux États-Unis (Billing 1990, Weissman 1992, Millman 1993). Il est devenu un indicateur de tableaux de bord du système de santé en Grande Bretagne et au Canada.

Les objectifs poursuivis sont les suivants :

- Evaluer l'importance des hospitalisations « *potentiellement évitables* » (HPE)⁽⁴⁵⁾, et les principales caractéristiques (distributions selon le sexe et l'âge, selon la pathologie).
- Analyser la répartition géographique des HPE et les liaisons avec l'offre de soins et l'environnement socio-économique, et trouver les caractéristiques sociales des zones où les HPE sont élevées.
- Evaluer l'hypothèse selon laquelle les HPE sont un indicateur de la qualité des soins ambulatoires ou un marqueur de l'accès aux soins primaires – comme cela est le cas dans les pays anglo-saxons.

En conclusion, on reviendra sur les interprétations qui peuvent être faites pour les hospitalisations « *potentiellement évitables* ». Brièvement, on peut dire que ces hospitalisations apparaissent comme un marqueur de retard dans l'accès aux soins ambulatoires (donc comme

un marqueur des difficultés financières d'accès) et non comme un indicateur de qualité.

Cette note représente une mise à jour des travaux effectués en collaboration avec l'EHESP et présentés aux congrès de l'ADELFF et de la SFSP (Freund R., Philippon J.F., Tonnelier F., 2009). Ces travaux, (comme la note de situation de l'EHESP au 1/08/2009) ont été produits avec le recensement INSEE de 1999. Or le recensement de 2006 est disponible depuis juin 2009. Il était donc indispensable d'actualiser les résultats, d'autant que l'étude réalisée en Champagne-Ardenne sur les HPE avec un protocole identique a été publiée avec les données de population les plus récentes (Klipfel T., Croenne K., Castel-Tallet M.A., Lucas-Gabrielli V., Tonnelier F., 2009).

En dehors de ces travaux, peu d'études ont été faites en France sur ce sujet. Dans une comparaison entre New-York et Paris, les auteurs montrent que les HPE sont deux fois plus élevées à Manhattan qu'à Paris (Gusmano MK, Rodwin VG, Weisz D, 2006) le manque de couverture sociale aux USA expliquant cette différence. Une comparaison entre la Grande-Bretagne et la France a également été faite, avec l'hypothèse que les HPE sont un indicateur de la qualité des soins (Amalric F., Mansour E., Nestrigue C., 2009). Enfin, dans une étude faite dans quatre hôpitaux de la région Nord-Pas-de-Calais sur la crise d'asthme aiguë grave, (Sailly et al., 2004), les auteurs soulignent le fait que 70 % de ces hospitalisations sont évitables.

I. Méthodologie

Les hospitalisations « *potentiellement évitables* » (HPE) concernent des hospitalisations qui auraient pu être évitées si les soins primaires étaient intervenus auparavant en temps opportun. La classification retenue pour les HPE a

⁴⁵ Dans la suite du texte, nous utiliserons l'abréviation HPE pour hospitalisations « *potentiellement évitables* ». L'abréviation « non HPE » désignera les autres hospitalisations.

été faite à partir de l'approche du Centre de Recherche en Epidémiologie de l'Etat du New South Wales (*The Atlas of avoidable hospitalizations in Australia*⁽⁴⁶⁾), et la codification CIM-10 réalisée par l'EHESP.

On peut évidemment discuter la pertinence de la liste proposée et de la présence (ou non) de certaines pathologies. Il ne s'agit pas ici d'un « référentiel », qui en France est compris comme un référentiel « opposable ». L'objet n'est absolument pas de discuter du bien-fondé d'une hospitalisation sous le prétexte qu'elle serait « *potentiellement évitable* ». Le but de ce travail est d'étudier les raisons qui font que certaines pathologies aboutissent à des hospitalisations qui auraient pu être évitées par un recours en amont aux soins ambulatoires. Pour la pertinence de la nomenclature, c'est les résultats observés, et l'interprétation que l'on peut en faire qui valideront la liste adoptée.

⁴⁶ <http://www.publichealth.gov.au/publications/atlas-of-avoidable-hospitalizations-in-australia-ambulatory-care-sensitive-conditions.html>

Plusieurs nomenclatures existent, notamment celle de Weissman, et nous verrons dans la discussion que les différentes nomenclatures identifient les mêmes territoires à taux élevés d'HPE, ce qui valide le concept.

Le concept d'hospitalisation « *évitable* » ne signifie pas hospitalisation « *non-pertinente* » ou « *inadéquate* » ou non justifiée médicalement (Amalric F., Mansour E., Nestrigue C., 2009). L'objet est d'observer s'il est possible d'identifier des populations qui ont recours à l'hôpital alors que des soins primaires auraient stoppé l'aggravation et les éléments qui pourraient expliquer ce fait : difficultés d'accès aux soins, faible disponibilité ou absence de professionnels, comportements individuels.

Les données proviennent du PMSI 2006, le processus d'extraction a été précisé dans la note de situation de l'EHESP du 1/08/2009. L'échelle géographique est le code postal, plus petite unité spatiale disponible. Ceci permet d'identifier le domicile des patients hospitalisés et le lieu d'hospitalisation.

Tableau n° 1 : Les diagnostics d'hospitalisations « *potentiellement* » évitables

Groupe diagnostic	Séjours HPE (Nb)	%	SOMME
Complications Diabète	72 405	34.70	34.70
Insuffisance Cardiaque	22 130	10.61	45.31
Asthme	15 840	7.59	52.90
Convulsions et Epilepsies	14 551	6.97	59.88
Pyélonéphrite	12 169	5.83	65.71
Affections Dentaires	11 019	5.28	70.99
Gastro-entérites et Déshydratation	9 507	4.56	75.55
Pathologie Pulmonaire Obstructive	8 326	3.99	79.54
Pathologie Infectieuse et Vaccinations	7 510	3.60	83.14
Anémie sidéropénique	7 163	3.43	86.57
HTA	5 653	2.71	89.28
Grippe et Pneumopathie	5 347	2.56	91.85
Appendicite	4 703	2.25	94.10
Infections ORL	3 325	1.59	95.69
Affections Inflammatoires des organes pelviens chez la femme	2 121	1.02	96.71
Ulcère Perforé ou Hémorragique	1 989	0.95	97.66
Gangrène	1 955	0.94	98.60
Infection des Tissus cutanés	1 495	0.72	99.32
Angine de Poitrine	969	0.46	99.78
Insuffisances Nutritionnelles	453	0.22	100.00
Total des Séjours HPE	208 630	100.00	

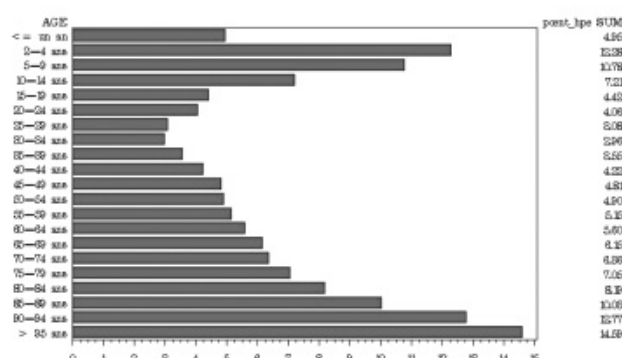
II. Analyse descriptive

- Les HPE représentaient en 2006, 5,7 % de l'ensemble des séjours et 10 % des journées en Ile-de-France.
- Les hommes représentent 51,7 % des séjours HPE, contre 42,1 % des non HPE. Cette dernière différence est probablement due aux séjours liés à la maternité.
- Le nombre de séjours HPE pour 1000 habitants en Ile de France est de 17,5, celui des séjours non HPE de 291.
- La durée moyenne de séjour est d'environ 50 % plus élevée pour les HPE que pour les non HPE (5,6 j vs 3,8 j). Ceci confirme que les HPE ont une gravité supérieure aux autres séjours.
- Trois pathologies représentent plus de 50 % du total des pathologies pour les HPE : les complications du diabète, l'insuffisance cardiaque, l'asthme. La liste est conforme à d'autres observations (Amalric F., Mansour E., Nestrigue C., 2009, Ansari, 2007). Ceci confirme aussi la pertinence de la liste.

(voir tableau 1 ci-contre)

- La proportion d'hospitalisations « *potentiellement évitables* » varie avec l'âge (voir graphique n°1), avec une courbe en 'U' : valeur élevée pour les enfants, minimum entre 25 et 35 ans, et augmentation régulière avec l'âge ensuite.

Graphique n° 1 : Proportion d'HPE sur le total des séjours selon l'âge



Le tableau n°2 montre la variation de ces différents paramètres pour chaque département d'Ile de France. En Seine Saint-Denis, le ratio d'HPE est le plus élevé (20,5), et les journées HPE représentent 11 % du total: le facteur de défavorisation sociale apparaît très nettement.

Variations en fonction de l'âge

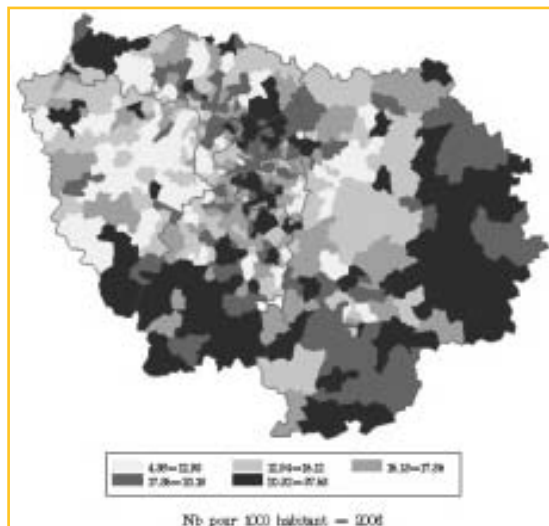
Les ratios selon l'âge (nombre de séjours divisés par la population du recensement en 2010) montrent que pour les HPE comme pour les non HPE, les taux sont supérieurs aux âges moyens pour les femmes, alors qu'ils sont plus élevés pour les hommes au-dessus de 50 ans et pour les enfants. Les courbes reflètent évidemment les différences de niveaux : à tous les âges les non HPE sont beaucoup plus élevés que les HPE.

Tableau n°2 : ratios départementaux des séjours HPE par habitant

Département	Séjours Hpe/ pour 1000 hab.	Non - Hpe/ pour 1000 hab.	Pourcentage d'Hpe sur total séjours.	Pourcentage des journées Hpe
Ile de France	17,5	291,2	5,7	10,1
Paris (75)	17,4	304,7	5,4	9,7
Seine et Marne (77)	17,5	287,6	5,7	10,0
Yvelines (78)	14,2	282,7	4,8	9,6
Essonne (91)	18,7	291,2	6,0	10,4
Hauts de Seine (92)	15,5	282,3	5,2	9,1
Seine-Saint-Denis (93)	20,5	291,2	6,6	11,0
Val de Marne (94)	18,2	298,9	5,7	10,1
Val d'Oise(95)	18,2	283,5	6,0	11,2

Variations géographiques : centre et périphérie

Carte n° 1 : ratio des HPE par personne selon le code postal

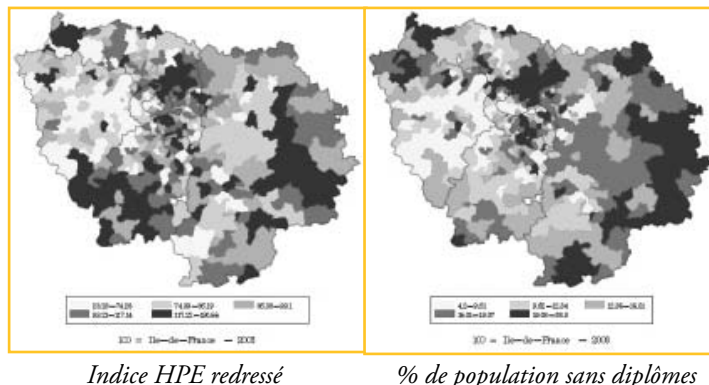


La répartition spatiale des HPE par habitant oppose le centre à la périphérie de la région d'abord avec Paris et la proche banlieue, ensuite avec la première couronne et les frontières régionales (carte n° 1). Au centre de la métropole, l'est est opposé à l'ouest favorisé (Haut de Seine), et l'on reconnaît la dichotomie classique du Grand Paris : on trouve des taux élevés d'HPE en Seine Saint-Denis (et dans une moindre mesure en Val de Marne).

On observe aussi une périphérie plus lointaine : les marges de la région Ile-de-France où se rencontrent aussi des taux élevés d'HPE. Mais la représentation cartographique peut entraîner un biais d'interprétation visuelle car les codes postaux situés aux frontières de la région ont une superficie importante, bien que peu peuplés. L'analyse statistique avec les variables de composition sociale permettra de clarifier et de classer ces différents niveaux.

La carte n° 2 des indices redressés par âge et sexe pour les hospitalisations « potentiellement évitables » précise la carte précédente, on remarque ci dessous la forte corrélation entre les indices HPE et le pourcentage de population sans diplômes.

Cartes n° 2 : Indice redressé d'HPE selon le sexe et l'âge par code postal, et pourcentage de population sans diplômés.



IV. Analyse statistique et classifications

Afin de caractériser les composantes sociales et spatiales des HPE (hospitalisations potentiellement évitables), nous avons constitué une base de données qui contient pour chaque code postal (ou code géographique) d'Ile-de-France une soixantaine de variables socio-économiques.

Corrélations : une structuration sociale très forte

Les corrélations géographiques entre hospitalisations « évitables » par personne et les caractéristiques sociales ou économiques (tableau n°4) sont très élevées, ce qui n'est pas le cas pour les « non HPE ». Ce qui signifie que les hospitalisations « potentiellement évitables » sont liées à un contexte social de défaveur : en effet les ratios sont élevés dans les espaces où le taux de chômage (et le pourcentage de population sans diplômes) sont élevés, *versus* faibles pour les codes postaux favorisés où le pourcentage de cadres (comme le revenu imposable par personne) sont élevés. Ces liaisons (corrélations) sont renforcées avec les indices redressés selon l'âge et le sexe.

Il n'y a pas de corrélations significatives avec la densité de généralistes : ce n'est pas l'absence de généralistes ou la faible disponibilité qui expliquent un recours à l'hospitalisation tardif. Pour les distances domicile-hôpital, les corrélations sont négatives : les taux élevés d'HPE sont associés à des distances faibles (et inversement). Ceci est conforme à ce qui est observé dans les enquêtes : les classes favorisées parcourent des distances plus élevées que les classes défavorisées pour le recours à l'hôpital, probablement en raison de la recherche de qualité des soins ou d'établissement spécialisés (Lucas, Tonnellier, 1996).

Pour les non HPE, on observe des corrélations significatives à âge et sexe égal (et non avec les données brutes),

ce qui signifie qu'il demeure - toutes choses égales par ailleurs - un facteur social pour le recours hospitalier. La frontière entre les HPE et les non HPE n'est peut-être pas aussi nette que la nomenclature pourrait le laisser penser.

(voir tableau 4 ci-dessous)

Quand ces corrélations sont calculées pour la première couronne, toutes les liaisons sont plus fortes, ce qui confirme le fait que les inégalités sociales sont plus marquées au centre de la région.

Il est très important de noter que les corrélations sont calculées non sur des individus, mais sur des moyennes territoriales (les codes postaux). Pour cette raison, les facteurs associés aux taux d'HPE ne peuvent être considérés comme des déterminants individuels: dans les zones où le taux de chômage est élevé, les ratios d'HPE sont élevés - mais cela serait une erreur (qualifiée *d'erreur écologique* en statistique) d'inférer ou de transposer ce résultat sur les individus.

VI.1 Analyse en composantes principales, classification hiérarchique

La recherche des associations entre structures sociales, environnement économique et HPE a été réalisée en utilisant les méthodes d'analyse multidimensionnelle: analyse en composantes principales (A.C.P.) et classification ascendante hiérarchique. L'analyse réalisée sous DTM⁽⁴⁷⁾

⁴⁷ <http://ses.telecom-paristech.fr/lebart/>

permet dans un premier temps de représenter la proximité des variables sur les premiers plans factoriels (A.C.P.). Elle fournit ainsi une vue d'ensemble de la base d'informations et met en évidence les grandes oppositions entre variables. Dans un second temps, elle permet de faire une partition des codes postaux en les regroupant en classes. Chaque classe contient les codes postaux ayant un profil voisin pour l'ensemble des variables ayant participé à l'analyse.

Plusieurs analyses ont été effectuées, et plusieurs classifications. Il est logique de pondérer chaque observation par le poids de la population au recensement en 2006 (puisque les populations entre les divers codes postaux peuvent varier très fortement). Divers essais ont été effectués en variant le choix des variables « actives » ou « supplémentaires ». Sont restées en variables supplémentaires les branches d'activité (qui doublent d'une certaine façon les PCS) et les données de mobilité, la densité de généralistes ainsi que les données concernant les distances moyennes entre le domicile et l'hôpital.

- Une différenciation économique et sociale très forte

Le premier plan de l'ACP confirme une structuration sociale de l'espace très forte: à la droite sont situées les catégories sociales favorisées (cadres, études supérieures, revenus imposables élevés) et à la gauche du graphique les catégories défavorisées (ouvriers, pourcentage de personnes avec le Cap ou le Cep,). Le premier axe est également un facteur « âge » (les personnes âgées à droite du graphique, les classes jeunes à gauche). Le second axe

Tableau n° 4: corrélations des HPE avec l'environnement social (Ile-de-France)

Ile-de-France	HPE		NHPE	
	Séjours/habitants	Indice redressé	Séjours/habitants	Indice redressé
<i>Corrélations pondérées par la population</i>				
% de foyers non imposables	0.50	0.55	0.18	0.40
% ouvriers	0.59	0.68	0.11	0.44
taux de chômage	0.65	0.74	0.24	0.53
% de sans diplômés	0.68	0.78	0.19	0.53
% de foyers monoparentaux	0.49	0.64	0.02	0.41
% cadres	- 0.55	- 0.67	- 0.06	- 0.42
% bac+ 2	- 0.63	- 0.64	- 0.34	- 0.46
revenu imposable par personne	- 0.53	- 0.67	- 0.01	- 0.44
distance domicile-hôpital	- 0.54	- 0.60	- 0.20	- 0.43
Densité de généralistes	0.05	- 0.13	0.15	0.0

(vertical), oppose le taux de chômage et le taux d'HPE aux « professions intermédiaires ». Les deux premiers axes expliquent 33 % et 18 % de la variance totale, donc les deux premiers facteurs fournissent un très bon résumé du nuage de points.

Les hospitalisations évitables, ainsi que les indices redressés par âge et sexe, sont situées à proximité des points « % de foyers non imposables », « taux de chômage », « ouvriers », ce qui est logique avec les très fortes corrélations observées.

- Classification : Centre aisé, banlieues riches, banlieues pauvres, marges régionales

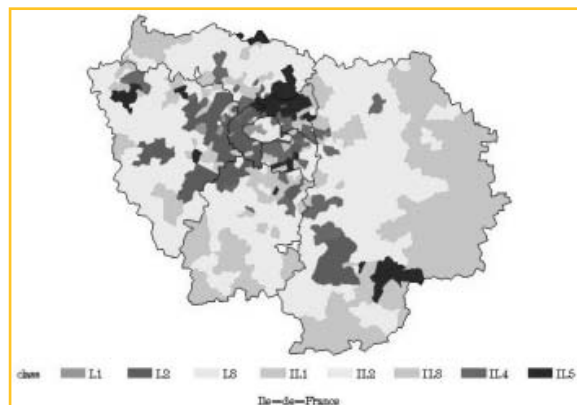
Le but de la classification est de regrouper les codes postaux en catégories ou types aux caractéristiques homogènes, au regard des variables choisies pour l'analyse. « Une classification ne peut pas être vraie ou fausse, ni probable ou improbable, mais seulement profitable ou non profitable » [William Lance, 1965]. Le résultat d'une classification n'est pas un résultat absolu, mais une aide à l'interprétation qui permet une synthèse de toutes les cartes de chaque variable. Les classifications proposent une organisation de l'espace correspondant au thème de la recherche que l'interprétation doit valider.

Il n'existe pas d'indicateur pour définir la « meilleure » classification, et il y a presque autant de définitions de classes que de critères de classification (Lebart, Morineau, Piron, 1995). Il faut rappeler que de nombreuses données ne sont pas disponibles. Pour mémoire, on ne dispose pas d'indicateurs de morbidité par code postal, ni de la consommation de soins de généralistes ou spécialistes.

Il aurait été possible d'ajouter à la classification une contrainte de contiguïté, qui oblige l'algorithme à ne déterminer que des classes contiguës. En fait la méthode classique trouve « naturellement » des types composés de zones voisines (ce qui montre bien l'homogénéité spatiale).

La classification partage les codes postaux en deux groupes : un premier groupe (groupe I) situé à la droite de l'axe 1 que l'on peut qualifier « classes favorisées », et un second groupe II) que l'on nommera « classes moyennes et classes défavorisées ». Chaque groupe se décompose en classes, trois pour le premier groupe et cinq pour le groupe II. (voir carte n° 3 et tableau n° 5 qui donne pour chaque classe la population et les moyennes de divers indicateurs).

Carte n° 3 : Typologie des codes postaux en 8 classes



Ces classes sont ordonnées par la hiérarchie sociale : la proportion de cadres comme le revenu moyen par ménage diminuent régulièrement tandis qu'augmente le pourcentage d'ouvriers et d'employés quand on passe de la première à la dernière classe. Le taux de croissance de la population (depuis le recensement de 1999) montre les diverses dynamiques démographiques (tableau n°5).

Les taux d'HPE (et l'indice redressé à âge égal) suivent une progression parallèle à la composition sociale en Ile-de-France : les taux sont faibles dans les classes favorisées et élevés dans les deux dernières classes (II.4 et II.5) qui sont les plus défavorisées.

La distance entre le domicile et l'établissement d'hospitalisation diminue assez régulièrement quand on passe de la classe la plus favorisée à la classe la plus défavorisée (aussi bien pour les HPE que pour les non HPE). Ceci reflète le fait que les catégories favorisées ne se rendent pas à l'établissement hospitalier le plus proche, mais n'hésitent pas à recourir à un établissement parfois éloigné pour avoir des soins de meilleure qualité (Lucas, Tonnellier, 1996). De plus, ces catégories sont plus mobiles, et les hospitalisations hors région y sont peut-être plus nombreuses.

La densité de généralistes varie peu entre les diverses classes – sauf dans les arrondissements chics de Paris où sont concentrés beaucoup de généralistes. Ceci confirme que les « hospitalisations évitables » ne résultent pas d'une offre de soins insuffisante.

Le taux de chômage est évidemment associé au caractère « favorisé » ou « défavorisé ». C'est dans les classes II.4 et II.5 que le taux est le plus fort.

Groupe I : Classes favorisées

Ces classes sont colorées en gris foncé sur la figure 3



CLASSE I.1 : Les arrondissements riches de Paris et Neuilly sur Seine. (3.4 % de la population)

PARIS 6, PARIS 7, PARIS 8,
PARIS 16, NEUILLY-SUR-SEINE



CLASSE I.2 : Les banlieues chics de l'ouest parisien. (16.4 % de la population)

VERSAILLES, ST-GERMAIN
EN LAYE, BOIS-LE-ROI,
CHEVREUSE, GIF-SUR-YVETTE,
MEUDON LA FORET, SCEAUX,
LE RAINCY, ST-MANDE,
NOGENT-SUR-MARNE



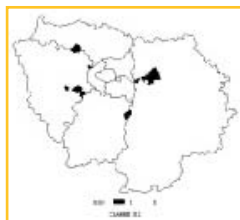
CLASSE I.3 : Paris Centre, les arrondissements de Paris (excepté le XIX^e). (15.3 % de la population)

PARIS 1 à PARIS 18, PARIS 20,
LEVALLOIS PERRET

Les trois premières classes concernent Paris, les arrondissements riches de l'ouest (VI, VII, VIII, XVI), les banlieues chics et les centres urbains favorisés de l'Île de France (Versailles, Fontainebleau). Ces classes sont colorées dans une teinte marron sur la figure 3. Il est d'ailleurs logique de noter ces classes I.1, I.2, I.3 car ces types s'agrègent en une seule classe. Il faut remarquer qu'aucune information (dans les données ou la méthode) n'est fournie sur la contiguïté des codes postaux : la continuité géographique des classes résulte simplement de la proximité des profils sociaux économiques.

Pour les deux premières classes, les HPE (aussi bien en taux qu'en indices redressés par âge/sexe) sont faibles, ce qui confirme les corrélations observées plus haut. Pour la classe I.3 (Paris centre), le taux d'HPE, comme l'indice redressé sont exactement à la moyenne de l'Île-de-France : le centre a une position moyenne.

Groupe II : classes moyennes et classes défavorisées



CLASSE II.1 : Villes nouvelles. (2.6 % de la population)

MARNE-LA-VALLEE,
CERGY

Cette classe représente les villes nouvelles en forte croissance démographique (Marne-la-Vallée). La croissance de la population y est forte (18 % vs 5.7 %). L'indice d'HPE est nettement inférieur à la moyenne (82).



CLASSE II.2 : Classes moyennes aisées (en grande banlieue). (13.7 % de la population)

MONTLHERY, LIMOURS,
SUCY-EN-BRIE, HERBLAY,
RAMBOUILLET

Cette classe représente les classes moyennes aisées résidant en grande banlieue : le revenu moyen est supérieur à la moyenne (et supérieur à celui de Paris Centre). C'est la classe qui a le taux de chômage le plus faible. Le taux d'HPE comme l'indice redressé y sont faibles.



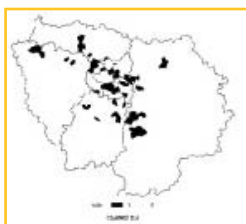
CLASSE II.3 : Classes moyennes périphérie. (17.8 % de la population)

NEMOURS, PROVINS, CHELLES,
SARTROUVILLE, LONGJUMEAU,
MASSY, ROSNY-SOUS-BOIS,
LA HAY LES ROSES

Cette classe est plus populaire que la classe précédente : le revenu par ménage est inférieur à la moyenne.

Pour les HPE, le taux brut comme l'indice redressé sont proches de la moyenne.

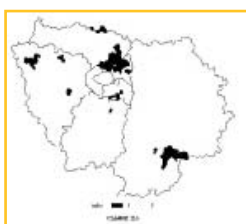
Les deux dernières classes **II.4 et II.5** (qui comptent environ 30 % de la population), sont celles où les HPE, en taux comme en indices, sont importantes.



Classe II.4 : **Banlieue employés.**
(19.0 % de la population).

PARIS 19, CORBEIL-ESSONNES,
POISSY, EVRY,
NANTERRE

Dans cette classe, le ratio HPE est légèrement supérieur à la moyenne, mais à âge égal le nombre d'HPE est supérieur de 17 % à la moyenne. Le taux de chômage est de 14 % (contre 11 % en moyenne).



Classe II.5 : **Banlieues ouvrières.**
(11.6 % de la population)

AULNAY-SOUS-BOIS,
BOBIGNY, AUBERVILLIERS,
VILLENEUVE-ST-GEORGES

Cette classe caractérise les « *banlieues ouvrières* » (23 % d'ouvriers vs 13 % en moyenne) et un taux de chômage de 17 % (contre 11 % en moyenne). L'indice redressé des HPE est de 139 (moyenne 100 pour l'IDF). Cette classe se compose principalement de codes postaux du département de la Seine Saint-Denis ou du Val de Marne (93,94).

- Les hospitalisations potentiellement évitables en Champagne-Ardenne

Une étude similaire a été réalisée en Champagne – Ardenne (carte n° 4, Klipfel T., Croenne K., Castel-Tallet M.A., Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., 2009). Les associations trouvées avec la composition sociale sont identiques, mais les corrélations sont plus faibles. Les taux d'HPE sont élevés dans les zones défavorisées (faible revenu, pourcentage élevé d'ouvriers) et les indices à âge égal élevés dans la catégorie « villes moyennes », classe dont la composition est très proche de la classe « employés » en Ile-de-France.

La représentation cartographique montre que les taux d'HPE sont élevés aux frontières de chaque région. Il faut aussi noter que la surface des codes postaux est en moyenne plus grande en Champagne-Ardenne qu'en Ile-de-France, ce qui peut conduire à un biais d'interprétation sur le plan visuel.

Pour juger de cette carte il serait nécessaire de disposer des HPE sur un ensemble plus vaste, c'est-à-dire tout le bassin parisien, ou évidemment toute la France. En effet, il n'est pas possible de savoir si les deux régions se situent

dans la moyenne ou dans les valeurs extrêmes parmi les régions françaises.

V. Discussion

Plusieurs éléments peuvent contribuer à expliquer que les taux d'HPE soient élevés dans les zones défavorisées (association trouvée dans la littérature: Billings, 1990, Billings & al, 1996, Pappas & al, 1997, Ladikta & al, 1999, Ricketts & al, 2001, Ansari, 2007).

- En premier lieu, ni la densité de professionnels de premier recours, ni la distance d'accès, ne sont des éléments qui peuvent expliquer les taux élevés d'HPE constatés dans certaines zones. L'accessibilité géographique n'est donc pas en cause.
- Plus que la disponibilité géographique, l'accessibilité financière doit jouer un rôle, en raison par exemple de l'absence de couverture complémentaire. Selon une étude de l'Irdes, sur une période d'un an, 14 % de la population déclare avoir renoncé à des soins pour raisons financières, et ce pourcentage s'élève à 27 % pour la population n'ayant pas de couverture complémentaire (Allonier, Dourgnon, Rochereau, 2008). Ceci peut expliquer le retard à l'accès aux soins pour une population mal couverte et désorientée par un système où « *les tarifs des soins médicaux sont devenus illisibles* » (source *Le Monde*, 12/01/2010). De plus, pour les soins médicaux, les dépenses à la charge des ménages ont augmenté de 40 % depuis 2001 (source : *Le Monde*, 24/11/2009).
- La distance culturelle, la différence de sensibilité aux symptômes, le manque d'information sanitaire font que certaines personnes négligent des signaux précurseurs : cette attitude est probablement liée à la catégorie sociale et au niveau d'études. Le recours aux urgences procède certainement de considérations semblables.
- Certaines hospitalisations « évitables » sont peut-être également causées par la non-observance, ou la mauvaise observance de traitements prescrits. (Sailly and al, 2004).
- Ces interprétations ne sont pas exclusives, mais peuvent se cumuler. Une enquête auprès des malades pourrait préciser le poids de ces différents facteurs.

Il est donc difficile de considérer les HPE comme un indicateur de « qualité » des soins primaires (thèse soutenue par Amalric F., Mansour E., Nestrigue C., 2009, dans une comparaison France-Grande Bretagne). Il est en

effet difficile d'incriminer le système de soins si la population n'y a pas recours, ou trop tardivement. Il reste à déterminer si ce non-recours est causé par des difficultés financières.

On peut considérer les HPE comme un indicateur d'accès aux soins primaires, mais non en raison de la faible disponibilité ou non-disponibilité des généralistes. Car il y a un autre critère d'accessibilité : la barrière financière (les HPE sont élevées dans les zones où le revenu est faible). Dans ce sens, les HPE représentent donc un indicateur du retard à l'accès aux soins, (donc un indicateur d'accès), des enquêtes auprès des personnes hospitalisées pourraient confirmer ce fait.

Implicitement, on a considéré ici que la prévalence des pathologies était uniformément répartie. Or des maladies comme le diabète ou l'asthme sont plus fréquentes dans les zones défavorisées, mais il reste à expliquer pourquoi les taux d'HPE sont plus élevés dans ce cas.

La nomenclature adoptée pour les HPE montre sa pertinence avec les résultats observés et les territoires mis en évidence. Nous avons testé la liste d'HPE proposé par Weissman (utilisée par Gusmano & al dans la comparaison Manhattan/Paris). Le niveau d'HPE est légèrement différent, mais les territoires identifiés sont identiques, ce qui montre que les hospitalisations « *potentiellement évitables* » sont mises en évidence avec différents marqueurs.

Conclusions

Les hospitalisations « *potentiellement évitables* » en Ile-de-France représentent près de 5.7 % de l'ensemble des séjours et 10 % des journées (il serait intéressant de faire un calcul précis en terme de coût des séjours). Trois pathologies représentent plus de 50 % du total des pathologies pour les HPE : les complications du diabète, l'insuffisance cardiaque, l'asthme. En outre les durées moyennes de séjour sont deux fois plus élevées que pour le reste des hospitalisations. Pour 30 % de la population d'Ile-de-France, l'indice d'HPE à âge égal est supérieur de 20 % à la moyenne.

Ce travail réalisé pour 505 codes postaux de l'Ile-de-France permet de dégager les facteurs sociaux associés aux taux élevés d'hospitalisations « *potentiellement évitables* ». Les indicateurs les plus fortement corrélés sont des indicateurs de précarité, et indiquent que les hospitalisations évitables touchent plus particulièrement les zones présentant des publics défavorisés (revenus faibles, peu de diplômés). L'accessibilité géographique ou la disponibilité des professionnels ne paraissent pas liées aux taux élevés d'HPE. Par contre, l'accessibilité financière, et probablement l'absence de couverture complémentaire expliquent

le renoncement ou le retard aux soins pour des populations défavorisées. En outre, les comportements individuels devant la prévention ou le dépistage, variables selon les catégories sociales donnent un élément supplémentaire d'explication.

Mais les données dont nous disposons localement permettent seulement de faire des hypothèses qui ne pourront être confirmées qu'au moyen d'une enquête auprès des personnes hospitalisées. Une étude sur la trajectoire des patients dont l'hospitalisation peut être qualifiée de « *potentiellement évitable* » permettrait d'approfondir les causes qui ont conduit à la prise en charge tardive de certaines affections.

Selon la définition adoptée dans cette étude, ces hospitalisations correspondent à des admissions à l'hôpital qui auraient pu être évitées par des soins primaires efficaces délivrés en temps opportun. On retrouve ici la problématique qui est celle de beaucoup d'urgences : l'hôpital est utilisé en dernier recours, alors qu'une prise en charge effectuée antérieurement aurait empêché le développement de la maladie. Les résultats trouvés (comme les pathologies concernées) montrent la pertinence de cette étude : le phénomène, sans être massif, n'est pas négligeable. Il va de soi que la terminologie utilisée, hospitalisation « *potentiellement évitable* » (HPE), ne remet pas en cause la prise en charge des patients au moment de l'hospitalisation. Il ne s'agit pas ici d'hospitalisation non justifiée médicalement ou non pertinente.


En définitif, les taux d'hospitalisations potentiellement évitables constituent un indicateur d'accès aux soins primaires puisqu'elles signifient qu'une population n'a pas eu recours à ces services quand cela était nécessaire. Mais il ne semble pas justifié de faire de cet indicateur un marqueur de qualité des soins.

Dans les zones présentant des indicateurs défavorables cumulant un indice d'HPE élevé à d'autres indicateurs de précarité (faibles revenus, chômage élevé) des mesures de promotion de la santé, de dépistage ou de sensibilisation à certains symptômes (concernant en priorité le diabète, les insuffisances cardiaques, l'asthme) devraient être envisagées. Au moment de la création des Agences Régionales de Santé, cette étude présente l'intérêt de relier avec un problème concret la médecine ambulatoire de premier recours aux soins hospitaliers. Et il serait souhaitable que cette recherche soit étendue à l'ensemble des régions françaises.

Bibliographie

- ALLONIER C., DOURGNON P., ROCHEREAU T., 2008, *Enquête sur la santé et la Protection sociale en 2006*, Irdes rapport n° 1701
- AMALRIC F., MANSOUR E., NESTRIGUE C., 2009, *Hospitalisations évitables et Soins primaires* LEEM
- ANSARI Z. *The Concept and Usefulness of Ambulatory Care Sensitive Conditions as Indicators of Quality and Access to Primary Health Care*, vol 13: AJPH, 2007 : 91.
- BILLINGS, J., 1990, *Consideration of the use of small area analysis as a tool to evaluate barriers to access. In Health resources and services administration, consensus on small area analysis*. DHHS Pub. No. HRSA-PE 91-1 [A], Washington, DC: US Department of Health and Human Services.
- BILLINGS, J., ANDERSON, G. M., & NEWMAN, L. S., 1996, *Recent findings on preventable hospitalizations*. Health Affairs, 15(3), 239-249.
- FREUND R., PHILIPPON JF, TONNELLIER F., 2009, *Les hospitalisations potentiellement évitables, un indicateur d'accès aux soins primaires* Communications aux journées ADELFI et SFSP
- GUSMANO MK, RODWIN VG, WEISZ D. *A New Way To Compare Health Systems: Avoidable Hospital Conditions In Manhattan And Paris*, vol 25: Health Affairs, 2006 : 510-520
- KLIPFEL T., CROENNE K., CASTEL-TALLET M.A., LUCAS-GABRIELLI V., TONNELLIER F., 2009 « *Les hospitalisations potentiellement évitables en Champagne-Ardenne* », ORSCA.
- LEBART L., MORINEAU A., PIRON F., 1995, « *Statistique exploratoire multidimensionnelle* », Dunod
- LADITKA, S. B., & LADITKA, J. N., 1999, *Geographic variation in preventable hospitalization of older women and men: Implications for access to primary health care*. Journal of Women and Aging, 11(4), 43-56.
- LUCAS-GABRIELLI V., NABET N., TONNELLIER F. *Les soins de proximité: une exception française?* Questions d'économie de la santé, CREDES, Paris, n° 39, juillet 2001.
- LUCAS V., TONNELLIER F., 1996, Distances réelles d'accès et attraction hospitalière. Solidarité santé - Etudes statistiques, 1996/10-12, n° 4, pp. 47-56.
- MILLMAN M., 1993, « *Access to Health Care in America* », Washington DC, National Academy Press.
- PAPPAS G., HADDEN W.C., KOZAK I. J., FISHER G.F. (1997), *Potentially avoidable hospitalizations: Inequalities in rates between US socioeconomic groups*. *American Journal of public health*, 87, 811-816.
- RICKETTS TC, RANDOLPH R., HOWARD HA, PATHMAN D., CAREY T., *Hospitalization rates as indicators of access to primary care*. *Health & Place* 7 (2001) 7-38
- SAILLY J.C., TILLIE I, BERCEZ C., LENNE X., MULLIEZ P., H. BARBIEUX FICHEROULLE X., TONNELA.B., *Hospitalisations pour crise d'asthme aiguë grave (CAAG). Facteurs déclenchant et possibilités d'évitement. Coût des hospitalisations évitables. Une étude prospective dans 4 établissements hospitaliers de la métropole lilloise*, *Revue des Maladies Respiratoires*, Vol 21, N° HS 1 - janvier 2004
- WEISSMAN J.L., GATSONIS C., EPSTEIN A.M., 1992, "Rates of avoidable hospitalization by insurance status in Massachusetts and Maryland.", *JAMA*, Vol 268, p. 2388 : 2393

Réalisation, Impression :

 PublicImprim

Dépôt légal : mars 2012

 **IMPRIM'VERT®**

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 2-916374-49-9

