



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°32
Avril
2019



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction

M. Michel MASO, Directeur administratif des Cahiers, Directeur de la Fondation Gabriel Péri,
Dr Michel LIMOUSIN, Rédacteur en chef des Cahiers,
M. Jacques BÉNÉZIT, Secrétaire de Rédaction.

Comité de rédaction

Dr Félix ATCHADE, médecin de santé publique
Dr Alain BEAUPIN, Médecin Directeur du Centre de santé CCAS,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de *Progressistes*,
Pr. Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,
Dr Alain BRÉMAUD, Médecin syndicaliste,
Dr Omar BRIXI, Médecin de santé publique et enseignant,
M. Claude CHAVROT, ancien Président de l'IUT Paris-Descartes,
Dr Fabien COHEN, Chirurgien-dentiste,
Mme Blandine DESTREMAU, Sociologue, Directrice de recherche au CNRS,
M. Jean-Luc GIBELIN, Directeur d'hôpital, Membre du Collège Exécutif du PCF, Vice Président de la Région
Midi Pyrénées
M. Serge KLOPP, Cadre infirmier psychiatrique,
Dr Gilles LAZIMI, Médecin Directeur du CMS de Romainville, Département de Médecine Générale, Faculté
de Médecine Pierre et Marie Curie,
Dr Richard LOPEZ, Ancien Président de la FNCS,
Dr Claire MEIGNAN, Médecin directeur du CMS de Vitry,
Mme Catherine MILLS, Universitaire, Économiste,
M. Frédéric RAUCH, Économiste, Rédacteur en chef d'*Économie et Politique*,
Mme Régine RAYMOND, Présidente de la FNFCEPPCS, Directrice administrative du CMS d'Aubervilliers,
M. Jacques RIGAUDIAT, conseiller-maître honoraire à la Cour des comptes,
M. Jean-Charles VERHEYE, Université Paris Nord-Paris 13, Docteur en pédagogie de la santé, Santé publique,
Mme Evelyne VANDER HEYM, Directrice d'hôpital en retraite,
Dr Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste,†

Comité de lecture

Dr Paul CESBRON, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
Dr Michèle LEFLON, Médecin anesthésiste,
Dr Éric MAY, Médecin Directeur de la santé & du CMS de Malakoff, Président de l'Union syndicale des médecins
de centres de santé.

SOMMAIRE

Éditorial:

Karol Modzelewski, militant de la cause sociale nous a quitté Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Éthique de la naissance, naissance de l'éthique Par le Dr Paul Cesbron	Page 10
L'urgence d'un moratoire des fermetures programmées et réouverture des maternités de proximité partout où c'est nécessaire Par Mme Evelyne Vander Heym	Page 17
La protection de l'enfance à l'heure des choix... Une mission devenue impossible... Un naufrage prévu et organisé, aux lourdes conséquences ! Par Mme Fabienne Lefebvre, membre du collège exécutif du Pcf	Page 20
Assurance chômage : négociation piégée au service d'une politique publique de traitement du chômage au service du capital Par Denis Gravouil	Page 23
Mieux aider les personnes âgées : une chance pour l'ensemble de la société Un constat unanimement partagé Par Romain Gizolme, directeur de l'Association des Directeurs au service des Personnes Âgées	Page 27
Rôle de l'Union Européenne dans la mise en œuvre de réformes des retraites en Europe Par Daniel Junker	Page 29
La peur des vaccins, un phénomène complexe ? Par le Dr Michel Limousin	Page 34
En finir avec les déserts médicaux, en finir avec la régulation par le marché de l'offre médicale Par le Dr Boris Campos	Page 36
Le Mali annonce une initiative de gratuité des soins de santé. Il pourra s'inspirer de l'exemple de la Sierra Léone Par Fousséno Sissoko expert en communication en santé	Page 40
Hommage au Docteur Jean Buisson Par Docteur Thierry Clément, médecin directeur du CMS d'Aubervilliers de 1997 à 2011	Page 43
Communication du Dr Beaupin Président de l'Institut Jean-François REY (IJFR) lors des journées d'étude de l'association Soins Primaires Pluriprofessionnels Innovation Recherche	Page 45

*Le dossier : la loi « Ma santé 2022 » :***Le projet de loi relatif à « l'organisation et à la transformation du système de santé » :
une étape dans la mise en œuvre du projet global ultra-libéral de Macron...**

Par Frédéric Rauch Page 48

La réforme Ma santé 2022. Un pas de plus vers l'abîme

Par Jean-Paul Domin, Regards (EA6292), Université de Reims Champagne-Ardenne Page 52

Loi santé d'A. Buzyn : quelles doivent être nos priorités revendicatives ?

Par le Dr Christophe Prudhomme Page 54

Les brèves des Cahiers Page 58

*Les notes de lecture***« *Terrorisme. Réalités, causes et mystifications idéologiques* » de Jacques Fath aux Éditions
du Croquant - collection Détox (janvier 2019)**

Par la rédaction Page 68

**« *Une mosaïque contemporaine, l'identité infirmière avant et après la réforme universitaire de la
formation* » sous la direction de Marlyne Dabrion aux Éditions du Croquant**

Par Louis Weber Page 69

Le courrier des lecteurs Page 71

*Documents***Des solutions dignes pour tous les enfants sans domicile**

Par le Samu social de Paris Page 81

Ressources de la CADES – Besoin de décrypter et vulgariser ! Page 83**Motion de la Commission médicale exécutive du 1^{er} avril 2019** Page 85**Amiante - préjudice d'anxiété : Revirement de jurisprudence****Le préjudice d'anxiété accessible à tous les exposés** Page 86

Éditorial

Karol Modzelewski, militant de la cause sociale nous a quitté

Dr Michel Limousin,
Rédacteur en chef.

Karol Modzelewski, un homme admirable nous a quitté. Il est mort le 28 avril 2019. Le meilleur hommage à lui rendre est d'attirer l'attention sur son ouvrage intitulé « Nous avons fait galoper l'histoire »⁽¹⁾ et sous-titré « Confession d'un cavalier usé ». Ce livre magnifique présente la vie de Karol Modzelewski et le mouvement social historique de la Pologne auquel il a grandement participé. C'est un exemple type du gâchis communiste au XX^e siècle. L'intérêt de ce texte est double : il nous donne à voir le parcours d'un militant et en même temps il nous propose une analyse.

Le parcours : il faut d'abord rappeler l'histoire de sa famille. Son grand-père maternel, ingénieur, a été déporté lors des premières purges stalinienne. Son père « biologique », Aleksandre Budnevitch, simple sous-officier de l'école des blindés de Moscou a passé près de 8 ans au Goulag. Son père adoptif, Zygmunt Modzelewski qui lui donne son nom et qu'il considère comme son seul père était aussi un militant communiste. Il était venu en France pour organiser les mineurs polonais au sein du PCF. C'était un militant marxiste convaincu, responsable des structures clandestines du parti communiste (illégal) en Silésie. Il entra au comité central du PCF en 1924 en charge de la section polonaise. En octobre 1937, il fut appelé à Moscou par le Komintern. À peine arrivé, il fut arrêté, jeté à la prison de la Loubianka et torturé par l'équipe Iejov. C'était l'époque des grands procès qui a décimé l'élite des responsables communistes⁽²⁾. Dans l'introduction du livre donnant les télégrammes chiffrés du Komintern, il est écrit : « *Même si pour des raisons diplomatiques, les sections nationales sont inégalement touchées, un climat de suspicion s'instaure au sein de l'Internationale : certains cadres sont éliminés physiquement, de nombreux antifascistes exilés en URSS sont arrêtés et incarcérés, l'ensemble de la section polonaise est décapité par l'exécution de son équipe dirigeante* ». Zygmunt Modzelewski n'avoua rien et fut

relâché en juillet 1939 lors de la trêve dite de Béria six mois après la chute de Iejov. Après la guerre qu'il a passée à combattre les nazis, il fut nommé ambassadeur de Pologne à Moscou puis en 1945, Zygmunt Modzelewski s'installa à Varsovie où, devenu un des fondateurs du nouveau régime communiste, il occupa, jusqu'à sa mort en 1954, le poste de ministre des Affaires étrangères. Un parcours exceptionnel d'un homme qui a subi la répression stalinienne et resta néanmoins communiste.

Digne fils de son père, Karol, né en 1937 et décédé le 28 avril 2019 à Varsovie, a eu lui aussi un destin exceptionnel. Engagé dans sa jeunesse dans le mouvement communiste, il adhère au POUP en mars 1957 et en est exclu en novembre 1964 avec Jacek Kuron. Il fait des études d'histoire médiévale et deviendra malgré beaucoup de vicissitudes un universitaire reconnu. Il entra dans une critique du stalinisme et publia le 15 mars 1965 un petit texte intitulé « Lettre ouverte au Parti ouvrier polonais »⁽³⁾ avec son camarade Jacek Kuron. Ce texte était une critique du bureaucratisme communiste, de la dictature et de la réduction du marxisme à un dogme. C'était de fait une expression de l'opposition communiste de gauche sans pour autant être un trotskiste comme certains auraient pu le croire. Le lendemain, Jacek Kuron et lui furent arrêtés et condamnés respectivement à 3 ans et demi et 3 ans de prison. Ce texte n'avait pratiquement pas été diffusé. En mars 1968 il participe aux manifestations politiques et sociales : cela lui vaudra une peine de prison de trois ans et demi supplémentaire. Enfin dans une troisième étape de sa vie il participe en 1976 aux grèves et crée avec Jacek Kuron et Adam Michnik le Comité de défense des ouvriers (KOR). Les grèves et les manifestations s'étendent par la suite et donnent naissance au mouvement *Solidarinosc* dont il deviendra un des fondateurs – c'est lui qui en a inventé le nom - et le porte-parole jusqu'au moment du coup militaire du Général Jaruzelski le 13 décembre 1981. Là encore : trois ans de prison⁽⁴⁾. Ceci marquera la fin de ce que

1 Modzelewski Karol, *Nous avons fait galoper l'histoire, Confession d'un cavalier usé*, Éditions Fondation Maison des Sciences de l'Homme, Paris, 2018, 541 p., qui a été présenté le 3 octobre 2018 à la Maison des sciences de l'Homme à Paris.

2 Wolikow Serge et alt., *Moscou, Paris, Berlin, 1939-1941, Télégrammes chiffrés du Komintern*, Paris, Éditions Tallandier, 2003, p. 17.

3 Modzelewski Karol et Jacek Kuron, *Lettre ouverte au parti ouvrier polonais*, Supplément à « Quatrième Internationale », N°32, Mars 1968, 84 p.

4 Compte-tenu d'une réduction de peine il aura passé 8 ans et demi en prison!

Modzelewski appellera la première *Solidarinosc*. Dans sa préface à l'ouvrage de Modzelewski, Bernard Guetta qui suivait comme correspondant du journal *Le Monde* à l'époque les événements de Pologne écrit : « le syndicat indépendant et autogéré Solidarité n'avait aucunement aspiré, rappelle Karol, à un retour au capitalisme... Je peux témoigner qu'aucun de ses dirigeants ni de ses dix millions d'adhérents n'avait cela en tête. »⁽⁵⁾. Modzelewski écrira lui-même : « Au fond personne n'avait l'intention d'arracher des mains du POUP le pouvoir sur l'État *ni de quitter le Pacte de Varsovie* »⁽⁶⁾. Et plus loin : « La première Solidarnosc était, par son esprit égalitaire, collectiviste et socialiste, au moins dans le sens où elle acceptait la propriété étatique des usines et s'attendait à ce que ce soit l'État qui veille à satisfaire les principaux besoins de la société »⁽⁷⁾. « Notre syndicat comptait près d'un million de membres du POUP qui s'identifiaient à Solidarnosc mais qui ne montraient pas d'empressement à quitter les rangs du Parti. »⁽⁸⁾. Le coup d'État de 1981 a tué l'esprit de Solidarnosc « première version » et s'est installée alors une mécanique clandestine de reconstitution. Cette clandestinité a éliminé l'esprit de solidarité des premiers temps et les idées du néolibéralisme ont commencé à diffuser dans l'organisation : Karol Modzelewski a refusé cette mécanique. Aucun des termes d'égalité et de socialisme ne correspondait au nouveau visage de l'organisation. Il était très critique à l'égard de Lech Walesa : « Manifestement Walesa en savait plus que moi. Je ne me suis jamais battu pour le capitalisme. Je suis resté en prison huit ans et demi, mais pour le capitalisme, je n'accepterais pas de rester enfermé un seul jour. »⁽⁹⁾. Il pensait qu'il n'était pas possible de préserver le potentiel de production de la grande industrie héritée du communisme de la ruine provoquée par une conversion brutale à la concurrence des sociétés plus modernes et plus efficaces. Il n'avait pas tort : en quelques années à partir de 1990, la Pologne s'est trouvée dans un état économique catastrophique avec plus de trois millions de chômeurs, une individualisation de la société et *in fine* avec un pouvoir central antidémocratique qui introduit pas à pas les structures d'un État autoritaire. Pour l'URSS, il en fut de même⁽¹⁰⁾. Voilà où nous en sommes aujourd'hui. Karol Modzelewski a été à la fois

un visionnaire, un militant exceptionnel capable de rassembler la population ouvrière dans la solidarité et une force de proposition. Le stalinisme l'a durement éprouvé. Mais c'est le retour du capitalisme le plus débridé qui lui faisait dire qu'il est un « cavalier usé ».

Quant à l'opinion qu'on puisse avoir sur Jaruzelski, on peut constater avec recul qu'il a pris sur lui le fardeau du coup d'État pour éviter l'entrée des troupes étrangères ; il n'a pas hésité ensuite à accepter une cohabitation avec un gouvernement issu d'élections démocratiques.

À l'heure où en France la lutte sociale reprend des forces, il n'est pas inutile de rappeler ce que peuvent coûter aux militants les efforts qu'il faut mettre en œuvre pour obtenir des résultats. Et la dose de courage nécessaire. La vie de Modzelewski force l'admiration.

5 Idem, p. 10

6 Idem, p. 317

7 Idem, p. 336

8 Idem, p. 411

9 Idem, p. 470

10 Emmanuel Carrère, *Limonov*, Paris, Editions POL, 2011, p. 338 : « Pour un million de dégourdis qui grâce à la « thérapie de choc » ont commencé à s'enrichir frénétiquement, 150 millions de clampins ont plongé dans la misère »

Articles

Éthique de la naissance, naissance de l'éthique

Par le Dr Paul Cesbron

De l'organisation des soins obstétricaux.

Y a-t-il du nouveau dans la naissance et s'il en est ainsi, les prouesses techniques en sont-elles la source? Après tout si nos sociétés n'identifient pas nécessairement progrès techniques et progrès humains, elles en font habituellement le préalable. Ainsi, l'obstétrique ayant accompli des « prodiges » au cours de ce dernier demi-siècle, grâce à de considérables investissements techniques, l'accueil du nouveau-né n'en bénéficie-t-il pas? La hantise de la souffrance et de la mort tant du côté des femmes que des nouveau-nés étant disparue ou presque, l'enfant du couple humain pourrait être attendu et accueilli sinon dans l'allégresse du moins dans la jubilation de la découverte de sa belle et troublante singularité. Cette vision semble s'imposer laissant peu ou pas de place au rôle que pourrait jouer cet autre bouleversement humain, pourtant considéré assez unanimement comme fondamental, quels qu'en soient ses rapports avec les transformations techniques: le renversement du statut des femmes. Notre positivisme triomphant intégrerait même cet acquis, abaissé sans le dire toutefois, tant il est inquiétant, au rang des effets collatéraux.

À l'inverse, et c'est l'objet de cette réflexion, peut-on partir de l'hypothèse que la reconnaissance de l'égalité des droits des femmes et des hommes par les sociétés humaines, aussi fragile soit-elle encore, n'en est pas moins bouleversante. Désormais suffisante pour fortement contribuer ou initier même, une transformation de notre rapport au nouveau-né. L'accueil d'un enfant, de tout enfant, ce temps fort de la reconnaissance de l'autre, de la naissance du respect, n'en est-il pas au moins facilité sinon transformé? Car si ce mouvement est réel, la transmission de la vie tend à s'affranchir des rapports de possession qui l'ont aussi profondément marquée et à libérer ainsi notre disponibilité affective.

Vrai ou faux bouleversement?

Si l'on s'en tient à la conception défendue par Françoise Héritier [1], la liberté obtenue par les femmes, désormais juridiquement protégée, de donner ou non la vie, constitue bien un bouleversement anthropologique.

En effet, le contrôle par les hommes de la reproduction a bien été jusqu'alors sans doute universellement la clé de la domination masculine. Dépossédé de ce pouvoir, c'est tout l'édifice patriarcal qui s'effondre et entraîne une redistribution totale des rôles. Étant entendu qu'un tel séisme n'entraîne ni nécessairement ni immédiatement une fraternelle harmonie entre les sexes, fut-elle contradictoire, ni à l'opposé une sévère opposition. Il crée en tout cas les conditions d'un réaménagement fécond en brisant des chaînes jusque-là constitutives des rapports entre les sexes.

Est-ce aux professionnels de la naissance de juger du bien-fondé de cette conception, ou de lui opposer celle mieux admise de la différenciation sexuelle des tâches et de la hiérarchie, valence différentielle des sexes, qui en découlerait? [2].

Cette autre théorisation de l'inégalité des droits, repose sur le concept de *prématurité physiologique* du nouveau-né humain. Il en découle sa radicale et longue dépendance de l'organisme maternel, prolongeant obligatoirement la gestation par l'allaitement, par ailleurs seul moyen contraceptif durant une très longue période de l'histoire humaine, plus ou moins confortée par des interdits sexuels. Ceci, et toujours dans le but de protéger la vie fragile du petit humain, favoriserait la *liberté sexuelle des hommes*. Une telle analyse considère alors que la nécessité du confinement domestique des femmes entraîne inévitablement leur exclusion sociale. L'homme possède ainsi l'exclusivité de l'organisation politique de la cité en particulier du droit, de l'économie et de la culture. Une telle répartition des tâches génère la mise en tutelle sociopolitique des femmes. Paradoxalement, elles leur laissent un champ d'intervention d'une grande fécondité. L'investissement affectif à la période la plus sensible de la vie des individus: l'enfance, leur est totalement réservée. La plupart des sociétés humaines n'ont sans doute pas simplement perçu ces spécificités des premiers âges de la vie, considérant habituellement que les véritables apprentissages productifs et socioculturels étaient plus tardifs et sous la responsabilité, l'autorité des hommes. L'empire romain, théoricien et bâtisseur du premier grand état moderne, va découvrir, en tout cas modifier très sensiblement, précisément réduire, le rôle des femmes

dans la fonction d'éveil et de construction psychique du petit humain [3]. La création juridique du *pater familias* qui préside au destin de l'enfant à sa naissance, rabaisse la vie intra-utérine à sa dimension biologique. Fondée en droit, l'autorité du père est décisive pour la suite de notre histoire. Quant à l'autre invention romaine : le nourrissage mercenaire, il brise ou fragilise ce lien affectif prolongé, somatopsychique, qu'est l'allaitement maternel. C'est toute la riche période de l'éveil sensoriel à travers la succion, l'apprentissage contradictoire du contact amoureux et de la séparation, de l'infinité des regards, des sonorités vocales, des odeurs, qui est ainsi combattue afin de conforter la tutelle paternelle. Qu'une telle remise en cause de l'allaitement maternel soit mise sur le compte de l'émancipation sociale des femmes dans la Rome triomphante ou dans notre tragique XX^e siècle, outre qu'elle a largement prouvé son caractère mystificateur, n'enlève rien au fait qu'il a très gravement porté atteinte à la vie même des nouveau-nés durant vingt siècles et que plus grave encore, elle a sans doute altéré le développement affectif des humains. L'irrespect envers le nouveau-né discrédite une société et génère l'irrespect des individus, plus généralement de la vie.

Quel que soit l'intérêt des différentes théories expliquant la genèse de la domination masculine, notre expérience professionnelle nous en a fait connaître les conséquences. Qu'il s'agisse dans sa forme extrême, mais toujours culturellement active, de l'ancienne diabolisation des femmes et aujourd'hui de leur menaçante « toute puissance », de leur réduction à leur fonction reproductrice et de leur corps à l'utérus : « tota mulier in utero », des législations anciennes et modernes qui fondent en droit l'infériorité sociale des femmes, du mépris masculin à l'égard de leur capacité intellectuelle et créatrice, jusqu'aux violences en particulier sexuelles impunément commises encore récemment, la liste est sans fin de l'irrespect qu'ont eu à souffrir les femmes surtout d'ailleurs lorsqu'elles ont lutté pour s'en affranchir. Tout cela décrit, et de multiples fois dénoncé, cohabitant culturellement avec l'idéalisation exemplaire de la tradition chrétienne, largement reprise dans les sociétés modernes des XIX^e et XX^e siècles. Mais au-delà des inepties idéologiques il y a surtout ces grossesses non souhaitées, imposées violemment ou non par des hommes inconnus, rejetés, haïs, en tout cas non aimés, y compris des maris, dont nous connaissons les funestes effets. Notre fonction de soignants en périnatalité est justement située au cœur même des contradictions sociales et psychoaffectives de la transmission de la vie. Nous n'en sommes ni de simples témoins, ni des acteurs ordinaires. Qui sommes-nous alors aujourd'hui dans cette histoire ?

De l'irrespect

Le chapitre de l'histoire humaine que nous vivons s'est ouvert bruyamment par cette volonté largement proclamée, bien au-delà des seuls pays occidentaux : « un enfant si je veux, quand je veux » et s'il est nécessaire de le préciser « avec qui je veux ». Paroles de femmes, fortes et salutaires paroles ! La vie, notre vie, celle que nous voulons vivre et celle que nous voulons donner ne peut elle-même procéder que de la liberté. Ou plutôt, le respect dû à chacun et précisément plus qu'à tout autre, à cette vie nouvelle, à cette personne chargée de notre histoire, découvrant, révélant notre singularité, est au fond l'expression, le fruit même de cette liberté vitale.

Durant des millénaires, l'humanité, plus exactement chaque femme, chaque homme, a dû négocier cette étrange liberté. C'est au cœur même des contraintes biologiques et sociales qu'elles, qu'ils, ont découvert l'autre et son irréductible singularité. Rencontre hors de laquelle il n'est pas de vie possible, biologique bien sûr, mais surtout pas d'humanité possible, parce qu'il n'y a pas de vie humaine sans liberté de vivre. Long, très long apprentissage, et pourtant du fond de notre histoire, la personne n'est sans doute parvenue à s'élever, s'il en est bien ainsi, que dans cette tension douloureuse que crée en lui la découverte de l'autre, à la fois semblable et différent, et le respect nécessaire à sa propre vie comme à la sienne.

Professionnels de la santé, mesurons-nous bien la force de ces transformations et plus précisément notre propre histoire nous le permet-elle sans un autre bouleversement : le nôtre ? Pour la raison fort simple, c'est que notre propre fonction s'est évidemment inscrite dans les objectifs sociaux et culturels du patriarcat. Le médecin, en particulier, homme jusqu'à la fin du XX^e siècle, n'échappe pas à la conception masculine de la vie et de l'ordre social. Il est profondément marqué par sa « masculinité culturelle ». La femme est suspectée d'être une des causes principales du « désordre des choses », à ce titre elle est exclue de l'organisation des soins alors qu'elle en est le plus souvent l'ouvrière permanente, attentive et dévouée. Ni prêtre, ni militaire, ni politique, ni médecin... Elle est recluse dans son foyer à la gestion domestique de la famille. Mais elle va y apprendre à assumer les premières tâches pédagogiques et sanitaires. Sa fonction même de « génitrice obligée » est mise sous surveillance directe de l'homme. Ainsi, au XVI^e siècle, l'édit d'Henri II confirme cette tutelle par l'obligation faite aux sages-femmes de déclarer toute grossesse dont elles ont connaissance. C'est d'ailleurs bien là

l'une des contradictions culturelles des revendications émancipatrices de la Renaissance, des Lumières et des courants révolutionnaires des XVIII^e, XIX^e et XX^e siècles.

La gynécologie et l'obstétrique obtiennent leurs lettres de noblesse au XVIII^e siècle.

La sage-femme suspectée de complicité des pires comportements féminins : adultère, avortement, infanticide, vie sexuelle en général, est désormais soumise à l'autorité du médecin après avoir subi les persécutions de l'Inquisition durant les siècles précédents. Ironie de l'histoire, c'est l'homme médecin qui désormais forme la sage-femme (!) qui lui apprend à mettre les enfants au monde, qui la dirige et organise les soins aux mères et aux nouveau-nés dans les maternités hospitalières.

L'homme, chirurgien-accoucheur, quelle que soit la valeur des individus, va donc régner en maître sur le destin des femmes, leur intimité, leur choix, leur corps et suprême pouvoir leur capacité à donner librement la vie.

Au regard des droits des femmes, le médecin n'est ni culturellement, ni historiquement, ni socialement un professionnel parmi les autres. Il est au centre du dispositif de soins. Sa fonction implique un rôle de direction. Possesseur *du* savoir scientifique, il a pour responsabilité la formulation d'un diagnostic, basé sur l'observation clinique du patient, l'énoncé du pronostic qui en découle et les conclusions thérapeutiques qui s'imposent. Ni sa formation, ni même, et surtout sa recherche délibérée d'objectivité, n'autorise ou tout du moins n'incite le médecin à prendre en compte la dimension psychoaffective de la plainte ou de la demande.

Détenteur de *son* savoir, c'est à ce titre que lui est reconnu et plus encore exigé, socialement et politiquement, un réel pouvoir institutionnel. Il sait ou doit savoir interpréter les signes, l'expression de la souffrance des corps, sinon des individus. Il connaît ou doit connaître la nature et l'évolution des processus pathologiques. Sa conception de la maladie n'échappe évidemment jamais totalement aux conceptions de l'ordre et du désordre des choses qui prévalent dans les sociétés qui réclament ses soins. C'est bien de l'ordre qu'il s'agit ou plus précisément d'un ordre, et le médecin a pour fonction d'y veiller, d'y apporter tous les soins nécessaires : de l'hygiène au bien-être mental, de *l'eugénisme positif* à la prévention des conduites addictives. Sans doute sait-il mieux que tout autre, que la souffrance est aussi, sinon toujours révolte, cri, dénonciation du désordre social. Ne perçoit-il pas dans les douleurs de tout malade sur lequel

il se penche, les douleurs de sa famille, sa communauté, son groupe social, son sexe même ?

Et pourtant, gardien d'un *ordre*, il inscrit sa fonction principalement dans sa conception hiérarchisée et masculine qui prévaut très largement dans les institutions qui en découlent. Même, et c'est ici qu'apparaît clairement le nœud des contradictions dans lesquels son engagement professionnel s'inscrit, si cet ordre conceptuel et institutionnel n'est pas sans responsabilité dans la souffrance dont il est témoin et à laquelle il est appelé à porter remède.

Conception hiérarchique et autoritaire : le médecin sait, il est expert et de ce fait, il commande. Sa conception domine, il est bien délégué par la société à la tête du dispositif sanitaire et de toutes ses ramifications institutionnelles. Le couple *Sécurité-Insécurité*, hantise constitutive de nos sociétés à la fois surdéveloppées et très inégalitaires, illustre bien les intrications conceptuelles, plus même, la cohérence des objectifs sociaux et médicaux. C'est au nom de la sécurité sanitaire que s'impose une conception industrielle, uniformisante, dépersonnalisante de la santé : de la naissance à la mort. La gestion des soins devient alors nécessairement centralisée, concentrée, informatisée et en définitive unique et antagonique du respect de la personne et de l'unicité de son histoire.

Il n'est donc pas impossible que cette conception *dominatrice* de la vie soit aussi à l'origine d'un des germes les plus actifs, les plus persistants de l'irrespect.

L'école de Cos et la tradition hippocratique nous ont laissé un bel héritage éthique. Souvent revendiqué comme fondateur de nos pratiques, un tel enseignement fut pourtant suivi de toute autre leçon. C'est à Alexandrie au cours des IV^e et III^e siècles avant notre ère que fut commise la transgression sans doute la plus indélébile : la vivisection. Erasistrate et Hérophile considèrent alors que l'autopsie des morts ne nous révélera jamais les secrets de la vie. Ils procèdent alors à la dissection de vivants [5]. Ainsi donc le *primum non nocere*, cette reconnaissance de la dignité de la personne passant par le respect de son intégrité et l'interdiction de lui nuire au prétexte des progrès nécessaires à la connaissance, fut oublié. Les raisons invoquées à ne pas prêter trop d'importance à ces crimes sont irrecevables. Ni les circonstances historiques, ni le statut social de l'esclave n'absolvent de telles pratiques. Quant à l'anachronisme dont serait entaché ce jugement, il est réfuté par les fondations éthiques de la médecine elle-même et surtout par la condamnation dès le I^{er} siècle de Celse lui-même [6].

Plus encore, la persistance au XX^e siècle des expérimentations humaines, Auschwitz en étant la forme la plus monstrueuse mais non la plus récente, témoigne de la genèse de l'irrespect contemporain. De telles pratiques inaugurées officiellement dans un des plus beaux sanctuaires de la science ne furent rendues possibles qu'en raison des options philosophiques qui vont fonder la civilisation occidentale. Platon autorise ou plus exactement fonde ce rapport à l'humain sur le clivage qu'il opère entre le monde des idées et le monde réel, permettant ainsi la dissociation du corps et de la conscience, et donc l'objectivation de la personne. Nous en sommes les héritiers.

Une telle filiation est-elle réelle? Pour s'en tenir aux trois derniers siècles, ceux qui ont vu la naissance et le développement de l'obstétrique moderne, est-ce bien le respect des personnes qui fonde nos pratiques?

Jacques-René Tenon, de l'académie de chirurgie, rapporteur du groupe de travail sur les hôpitaux en 1786 [7], porte un jugement sans appel sur la situation faite aux femmes à la maternité de l'Hôtel-Dieu de Paris. Promiscuité, surpopulation et saleté repoussante font de l'hôpital une source de contamination et de mort. Or, cette concentration de souffrance et de détresse est un haut lieu de formation des sages-femmes et médecins. L'Office des accouchées de Paris est l'école d'obstétrique la plus prestigieuse d'Europe. D'ailleurs, c'est à ce titre qu'une telle maternité sera maintenue malgré des recommandations autorisées, minoritaires mais prophétiques, demandant la suppression des hôpitaux et leur remplacement par l'organisation des soins à domicile.

Joseph-Marie Audin-Rouvière reconnaît volontiers les multiples défauts de l'hôpital, mais il y voit des ressources infinies pour le progrès et l'avancement de l'art de guérir [8]. Près d'un siècle plus tard, devant les hécatombes entraînées par les fièvres puerpérales survenant avec une constance terrifiante dans les maternités hospitalières, la Société Médicale des Hôpitaux demande en 1869 au nom de la science et de l'humanité la fermeture des grandes maternités. François Malgaigne, auteur d'un nouveau rapport à l'académie de chirurgie en 1866, qui confirme la surmortalité des parturientes dans tous les hôpitaux français par rapport aux accouchements à domicile, n'hésite pourtant pas à demander leur maintien. Pour lui, et il n'est pas le seul, les hôpitaux des femmes en couches constituent les bases de formation des médecins et sages-femmes : supprimer cet enseignement, c'est livrer la population à l'ignorance et à l'empirisme [9]. Alors qu'un corps de sages-femmes agréé a très largement prouvé

que l'accouchement à domicile ou dans de petites unités dont elles ont la responsabilité, était beaucoup moins dangereux que l'accouchement hospitalier, Stéphane Tarnier, obstétricien savant et dévoué, responsable de la nouvelle maternité de l'hôpital Port-Royal, n'hésite pas à interpeller le directeur de l'Assistance Publique dans le but de discréditer cette expérience.

Le vingtième siècle va se caractériser par une lente et insidieuse mise sous tutelle des sages-femmes. En 1892, la loi leur interdit d'utiliser les instruments et de prescrire des médicaments. Elles deviennent subordonnées des médecins et en 1935 le corps des sages-femmes agréées va disparaître. Côté parturientes, le respect ne semble toujours pas à l'ordre du jour. Stéphane Zweig porte le jugement le plus sévère qui puisse être à l'égard des jeunes médecins en formation à travers le témoignage fictif de l'héroïne de sa nouvelle *Lettre d'une inconnue* dans la Vienne d'après la première guerre mondiale : *tout ce que la pauvreté doit subir d'humiliation, d'outrages moraux et physiques, je l'ai souffert dans cette promiscuité... sous le cynisme de ces jeunes médecins qui, avec un sourire d'ironie, relevaient le drap du lit et palpaient le corps de la femme sans défense, sous un prétexte de souci scientifique...* [10]. Vingt ans plus tard, et cette fois en France, Françoise Thébaud, historienne, n'a pas plus d'indulgence à propos des soins obstétricaux : qu'elles soient ou non parias de la maternité, toutes les femmes subissent le dirigisme des institutions et des pratiques médicales : punies, rachetées, conseillées, elles ne savent pas et ne décident pas! Leur personnalité est pour un temps niée [11].

En 1974, Annie Leclerc dans *Paroles de femmes* n'est toujours pas plus tendre : *Quelles que soient les garanties d'hygiène et de sécurité apportées à l'hôpital ou à la clinique, l'accouchement pratiqué en série est ramené à la dimension de l'extraction dentaire... Le mépris, la déconsidération de cet évènement qui représente pour la femme le moment d'une épreuve extrême et cruciale de la vie, n'est autre que le mépris de la femme en général...* [12].

En 1980, les auteures de l'Art d'accommoder les bébés nous racontent avec humour les mille et une tentatives de disqualification des mères à travers des pratiques de puériculture relevant d'une hygiène disciplinaire et maltraitante dont la diffusion devient redoutable dans les maternités hospitalières [13].

Tout va pour le mieux...

On pourrait sans excès semble-t-il, considérer ce dossier comme accablant si durant cette période qui va jusqu'à la fin du XX^e siècle l'ensemble des paramètres définissant la périnatalité ne s'était considérablement amélioré.

La mortalité maternelle est désormais stabilisée dans les pays occidentaux à un niveau cent fois inférieur à ce qu'il était au début du siècle. Il en est de même pour la mortalité foeto-infantile. Ces résultats sont considérables et les professionnels de la naissance s'en réjouissent. Ils ne sont évidemment pas les seuls. On peut toutefois leur reprocher, en dehors des faits peu reconnus et précédemment cités, de s'approprier abusivement des progrès sanitaires dont ils ne sont pas les auteurs exclusifs. En effet, les conditions générales de vie se sont améliorées : alimentation, logement, accès aux soins. Et surtout, nous l'avons vu, ce siècle est marqué par une transformation sans doute fondamentale des conditions de la reproduction humaine : les femmes font désormais presque toujours les enfants qu'elles souhaitent mettre au monde dans le cadre de couples qui se sont choisis.

Faut-il attribuer à ce véritable progrès humain les bouleversements survenus dans les pratiques gynéco-obstétricales elles-mêmes ? Sans doute, puisque c'est à la même époque et principalement à la suite de la deuxième Guerre Mondiale, après la période d'écrasement de la forme la plus immonde d'organisation sociale qu'ait connue l'humanité, qu'apparaît dans les pays occidentaux une véritable réflexion sur les conditions d'accueil du nouveau-né.

Dick Read (1890-1959), médecin britannique considère la douleur de l'accouchement comme liée aux terreurs ancestrales des femmes marquées dans leur mémoire collective par les horreurs des dystocies mécaniques, la fréquence et la gravité définitive de séquelles vulvo-périnéales faisant suite aux accouchements, une mortalité maternelle cumulée par femme qui n'est pas loin d'atteindre les 10 % de la population des parturientes et une mortalité néonatale toute aussi angoissante. Fernand Lamaze en France va organiser au milieu des années 50 une préparation des couples à la naissance, se donnant pour objectif la disparition de la douleur dans les conditions physiologiques, par une information précise et objective sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ainsi que sur la genèse de la douleur et un contre-conditionnement de type pavlovien. Vont suivre des préconisations liées cette fois au respect dû à

l'enfant lui-même, visant à assurer des accouchements sans violence (Frederick Leboyer et Michel Odent). L'haptonomie, véritable école de l'attention à l'autre, par le jeu d'une rééducation du contact est source de mille prodiges, et surtout de confiance, d'assurance, de jubilation et de respect pour l'enfant et ses parents.

Geneviève Delaisi de Parseval, ainsi que Suzanne Lallemand réduisent ces pratiques nouvelles à des fantasmes médicaux et à la persistance de la domination masculine sous des formes nouvelles tendant à adapter nos pratiques aux exigences féministes. Leur démonstration est à bien des égards convaincante, cependant il semble que de vrais changements apparaissent dans le respect envers les femmes et les nouveau-nés. Danielle Rapoport et Bernard This, créateurs avec de nombreux professionnels du Groupe de Recherche et d'Etude du Nouveau-Né (GRENN), initient une passionnante réflexion sur l'écoute d'une nouvelle et infiniment respectable personnalité appelée au plus bel avenir : le nouveau-né. L'admiration, le recueillement, qu'il suscite, le rejet de toute maltraitance, prétendument nécessaire médicalement, sont sans doute les fruits du rapport nouveau imposé par la femme qui l'a mis au monde. Faut-il rappeler que la remise en cause définitive de la presque totalité des indications de l'épisiotomie a été obtenue récemment après toute une série de travaux induits par des organisations de femmes aux États-Unis et au Canada voilà désormais plus de 25 ans. Ces recherches ont confirmé l'inutilité, quand ça n'est pas la nocivité, de cette pratique dont la systématisation avait été proposée en Amérique du Nord, en Grande-Bretagne et en France vingt ans plus tard. À ce propos, l'absence de validation de ce geste durant plus de deux siècles peut apparaître surprenante lorsque l'on connaît l'extrême sensibilité des gynéco-obstétriciens occidentaux à des rites sexuels pratiqués dans certains coins du monde et portant atteinte aussi à l'appareil génital des femmes [14]. Ceci confirmerait bien la thèse critique des deux psycho-anthropologues précédemment citées, Geneviève Delaisi de Parseval et Suzanne Lallemand. Plus grave encore est la lourde et culpabilisante recommandation faite aux jeunes mères d'imposer le décubitus ventral à leur nourrisson alors qu'on allait découvrir vingt ans plus tard les conséquences redoutables de ce conseil prétendument préventif.

Mais regardons l'avenir avec confiance. Accouchement sans douleur, naissance sans violence, attention au nouveau-né dont on découvre éberlué les compétences neurosensorielles, la richesse des liens qu'il élabore dans un surprenant dialogue avec ses parents, tout ça nous émerveille et va plutôt dans le sens de la reconnaissance

de l'autonomie des personnes et un peu, mais bien modestement encore, d'une présence plus discrète, plus effacée de professionnels qui ont mieux compris leur rôle.

Naissance du respect

Le petit humain en gestation a désormais les conditions lui permettant d'avoir de futurs parents plus libres de l'être, une femme qui le porte, plus libre de l'avoir conçu. Sa venue a été précédée de ces longs débats, parfois douloureux, parfois délicieux, qui font toute la richesse d'un choix humain. Cet homme qui sera son père, aussi savants et talentueux soient ses jeux virils de séduction, sait aussi qu'il n'est plus seul à vouloir et décider. Il sait même, ce qui le grandit peut être, que femmes et hommes profondément différents n'en sont pas moins libres et égaux et que c'est de leur mystérieux, intime et contradictoire échange que naîtra une libre décision. Absolument singuliers, leur irréductible et féconde distinction pourra ainsi transmettre, donner, une vie porteuse d'une absolue nouveauté, elle-même source de reconnaissance. Et donc de respect.

Futurs parents, ils savent aujourd'hui qu'ils ont eux-mêmes ce simple et incroyable pouvoir de mettre au monde celui qui va venir. Mieux même, ils le souhaitent ardemment car ils n'ont plus peur, ni honte de leur corps. Cet accueil relève de leur histoire dans ce qu'elle a de plus intime, de plus secrète, mais aussi de plus partagée. Accueillir une nouvelle personne, qui sera mon enfant, notre enfant, ne relève ni du spectacle, ni des prouesses technologiques. Cette intimité est constitutive du respect et antithèse de l'industrialisation de la naissance.

Ils auront près d'eux et dans des conditions qu'ils auront fixées ensemble, y compris du lieu même de la naissance, en dehors des situations pathologiques, cette première et très ancienne compagne des femmes enceintes et des accouchées : la sage-femme. Gardienne de l'eutocie [15], elle a acquis une grande expérience, un vrai savoir, celui qui conforte les femmes dans leur compétence à mettre au monde, celui qui chasse leur peur, pas toujours et pas toutes bien sûr, mais beaucoup. Et suffisamment le plus souvent, si elle a assuré l'accompagnement de cette grossesse depuis, si possible, son début. Elle sait écouter, se taire, saisir l'inquiétude à travers les paroles, mais plus encore, les mimiques et le riche langage du corps qui souffre, qui craint, qui appelle. Surtout, parce qu'elle en mesure l'importance, elle connaît précisément sa fonction et si cela est nécessaire, elle l'a apprise aux futurs parents. Femme et première professionnelle de la naissance, elle a délégué à cet autre professionnel,

le médecin, homme jusqu'à ce jour, plus récemment demandé et admis dans les salles de naissance, ce qui relève de la pathologie. Étant réciproquement admis qu'une telle possibilité est le plus souvent prévenue, souvent dépistée et qu'on mettra tout en œuvre pour la traiter efficacement quand il le faudra. Ce qui a pour corollaire qu'on ne confonde pas physiologie et pathologie, que tout bien portant n'est pas nécessairement un malade qui s'ignore et qu'un accouchement n'est pas un acte chirurgical, même si certaines situations peuvent rendre celui-ci éminemment salutaire. Très proche, le médecin possède une disponibilité nécessaire, à la fois sereine et confiante. Il a aussi acquis une somme de connaissances après trois siècles d'un laborieux et douloureux apprentissage. Il peut avec une bonne précision et l'expérience de la sage-femme à qui il a justement redonné sa place, prévoir très correctement comment cet accouchement va se dérouler : physiologiquement ou non. Le médecin a dans cette femme libre qui va accoucher une alliée inestimable. Son enfant, elle l'a le plus souvent voulu et décidé, autant qu'il était possible, qu'il arriverait lorsqu'elle se sentirait prête, avec celui, ou celle parfois, qui partage sa vie et son choix. Ce n'est pas rien. Cette femme, ce couple, se sont préparés simplement avec application et souplesse, sans prétention excessive mais avec une forte volonté d'accueillir, émerveillés, enthousiastes et respectueux, ce petit qui va venir. C'est leur enfant, eux seuls peuvent l'entendre, le voir, le sentir, le saluer, l'embrasser, saisir cet invraisemblable appel au respect qu'il nous lance par ses grands yeux ouverts sur notre monde et qui devient le sien. Personne, infiniment singulière, son regard ouvre nos yeux, aiguise nos sens, bouleverse nos vies, les éclaire d'un vif éclat, nous bouscule et nous apprend sans même que nous nous y attendions vraiment, ce qu'est le respect.

Hantés par la souffrance et le malheur, les hommes médecins, agents actifs de la *domination masculine*, ont mis en place depuis vingt-cinq siècles des stratégies d'objectivation du corps et de son clivage d'avec la conscience, l'affectivité, passant par une acquisition du savoir et une transmission de celui-ci générant l'irrespect, à leur insu le plus souvent, et réduisant parfois dramatiquement la portée d'un engagement pris par leur propre fondateur. Ces obstacles épistémologiques peuvent-ils être vaincus par le renversement du statut des femmes ?

En 1950, Simone de Beauvoir écrivait en conclusion de son ouvrage *Le deuxième sexe : Il est nécessaire que par-delà leur différenciation naturelle, hommes et femmes affirment sans équivoque leur fraternité* [4]. Ce bel objectif

que n'avait pas réalisé jusque-là notre République en poursuivant le statut d'ostracisme infligé à la moitié du ciel, implique le respect et transforme sans doute les conditions d'accueil du nouveau-né, assurant par surcroît la reconnaissance de son unicité et par là de sa dignité, source et fruit de la nôtre.

Soignants, sages-femmes, médecins peuvent en effet désormais retrouver à la fois une véritable unité professionnelle et sortir des impasses où les maintenait la valence différentielle des sexes.

1. HERITIER F :
Masculin-féminin. 2. Dissoudre la hiérarchie.
Odile JACOB, 2002 ; p : 248.
2. HERITIER F :
L'un et l'autre sexe.
Revue Esprit, mars-avril 2001 ; p : 77-95.
3. CESBRON P et KNIBIEHLER Y :
La naissance en Occident.
Albin MICHEL, 2004 ; p : 25-34.
4. DE BEAUVOIR S :
Le deuxième sexe
GALLIMARD, 1950 ; p. 577.
5. VEGETTI M :
Histoire de la pensée médicale en Occident : entre le savoir et la pratique : la médecine hellénistique.
Edition du SEUIL, 1995 ; p : 76-77.
6. GRMEK N :
Le chaudron de Médée.
Edition Les Empêcheurs de Tourner en Rond, 1997 ;
p : 135-140.
7. TENON J.R :
Mémoire sur les hôpitaux,
Paris, Pierres, 1788.
8. BEAUVALET-BOUTOUYRIE S :
Naître à l'hôpital au XIX^{ème} siècle.
Edition BELIN, 1999 ; p : 44.
9. BEAUVALET-BOUTOUYRIE S :
Naître à l'hôpital au XIX^{ème} siècle.
Edition BELIN, 1999 ; p : 282.
10. ZWEIG S :
Lettre d'une inconnue.
Livre de Poche, 1991 ; p : 139.
11. THEBAUD F :
Quand nos grand-mères donnaient la vie.
Presse Universitaire de Lyon, 1990 ; p : 282.
12. LECLERC Annie :
Paroles de femmes.
GRASSET 1974 ; p : 93.
13. DELAISI de PARSEVAL G et LALLEMAND S :
L'art d'accommoder les bébés.
Odile JACOB, 1988.
14. LEBOYER F :
Pour une naissance sans violence.
Edition du SEUIL, 1974.
15. LAVILLONNIERE J :
Mes réflexions et questionnements sur la physiologie de la naissance.
Les Dossiers de l'Obstétrique, 2004, N°235 ; p : 11-16.

L'urgence d'un moratoire des fermetures programmées et réouverture des maternités de proximité partout où c'est nécessaire

Par Mme Évelyne Vander Heym

Le 26 janvier 2019 a eu lieu un important rassemblement des élus, des personnels des maternités fermées ou menacées en ce début de l'année. Les 22 et 23 mars se sont déroulés les États Généraux des maternités au Blanc. Après les EHPAD en 2018, les hôpitaux psychiatriques, les urgences, un rassemblement inédit se construit, réunissant élus, personnels et population pour défendre ces services publics de santé indispensables.

Les maternités subissent une triple peine :

1. La disparition de l'évènement familial et humain derrière l'acte médical, technique
2. La baisse tendancielle de la démographie médicale
3. L'organisation de la baisse des dépenses de la sécurité sociale, avec notamment la tarification à l'activité (T2A), et aujourd'hui la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT), cheval de Troie pour casser toute proximité en matière de soins. Ainsi l'éloignement des lieux de naissance des lieux de vie débouche sur des plateaux techniques de 4 000 / 5 000 naissances où « le prix de revient d'un bébé » devient un critère prégnant !

L'accélération des fermetures des maternités de proximité

Selon la dernière étude nationale de la DREES (chiffres 2016), le nombre des maternités est passé de 1995 à 2016 de 816 à 517 maternités dont 491 en France métropolitaine. À ce jour nous connaissons 35 maternités fermées ou menacées : ainsi les deux tiers ont fermé notamment depuis la mise en œuvre des décrets de périnatalité d'octobre 1998 qui instituent la gradation des maternités en trois niveaux, selon le niveau de prise en charge des bébés et des mères. Par ailleurs, et c'est là une réalité invisible pour les « décideurs » : une maternité fermée c'est un centre de planification et d'IVG qui disparaît !

La France « ferait-elle » moins de bébés ? Non ! Même si depuis quatre années nous assistons à un tassement du nombre des naissances – depuis 2000 le chiffre varie entre 780 000 et 830 000 naissances – avec

758 000 naissances en 2018 (incertitudes sociales et économiques, baisse des allocations familiales), notre pays reste en tête des pays européens avec 1,87 enfant par femme en âge de procréer.

En vérité, la triple peine relevée plus haut inscrit dans le marbre la disparition des maternités de type 1, les maternités les moins « techniques » : ce sont les maternités dites de proximité qui sont censées accueillir plus de 80 % des futures mères pour des accouchements dits physiologiques.

Selon les chiffres de 2016, pour 221 maternités de type 1, il y a 67 maternités de type 3 totalisant 73 % des lits d'obstétrique (total : 16 300 lits) et 78 % des accouchements ! Cherchez l'erreur... Ces gros plateaux techniques de 4 000/5 000 accouchements drainent aujourd'hui la majorité des flux vers les grosses métropoles, sans aucune considération de l'égalité d'accessibilité, ni même de la sécurité des mères et des enfants. La même étude de la Drees constatait, alors, que 167 000 femmes en âge de procréer se trouvaient dans des communes, sans accès à une maternité et/ou des sages-femmes, soit dans une population représentant 12,5 % ayant l'accessibilité la plus faible. C'est bien là le socle commun des fortes mobilisations tenaces et rassembleuses autour des maternités du Blanc, de Bernay, de Guingamp et tant d'autres, avec des reculs, des succès mais aussi des échecs...

Un double argument a été utilisé par les gouvernements successifs : le manque de sécurité dû aux difficultés de recruter dans des bassins de population « peu attractifs » des anesthésistes, des obstétriciens, et l'aspiration exprimée par les femmes, les couples à mettre au monde leur enfant dans des conditions optimales de sécurité ; aspiration alimentée par les discours de médicalisation nécessaire, articles de presse, les classements des « meilleures » maternités...

Cela est en partie vrai : mais que devient la mise en œuvre des réseaux de périnatalité qui devaient, selon les décrets de 1998, permettre justement la continuité de la prise en charge de la mère et l'enfant selon les

pathologies et les difficultés survenues au cours de la grossesse, dans le respect du lien mère et enfant? N'est-ce pas ce que prône la future loi de Macron /Buzyn pour l'ensemble des soins « ma santé 2002 » : préserver les soins de proximité, en permettant à tous les acteurs de santé de travailler dans la coopération et la continuité?

C'est aussi l'avis d'un certain nombre de médecins en charge des maternités (de type 3?!) qui s'expriment dans la presse récemment, « sont inquiets du maintien de certaines maternités mettant en danger la vie des femmes et des nouveau-nés »! Et ne jurent que par les réseaux de périnatalité, en clair le maillage des maternités publiques et privées qui devrait garantir la facilité d'accès pour l'accouchement. Mais avec la disparition programmée des maternités de proximité par la labellisation à marche forcée de quelques 500 hôpitaux généralistes centrés sur les pathologies chroniques et la gériatrie, les réseaux sont vidés de tout contenu! Le cynisme point son nez, quand ces mêmes « spécialistes de la naissance » suggèrent que la « proximité c'est aussi l'amélioration de la voirie (!)... La qualité de transfert opéré par les urgentistes... Les transports par hélicoptères, l'offre temporaire à proximité des maternités »! Qu'en pense le jeune couple qui a perdu leur enfant à 7 mois de gestation à Die où la maternité est fermée depuis fin 2007?

Quelle blague! Doivent se dire aujourd'hui les personnels de la maternité de Creil, maternité de type 3, offrant toutes les prestations de sécurité (réanimations bébés et adultes, dépôt de sang..) menacée aujourd'hui d'être transformée en centre de périnatalité – de simples consultations – avec injonction pour les médecins urgentistes à... éventuellement prendre en charge les accouchements d'urgence! Et cela pour que les lits d'obstétrique soient démenagés à l'hôpital de Senlis, inaccessible pour la majorité des femmes habitant sur le plateau de Creil, et dont les obligations de sécurité exigées pour une maternité de type 3 ne sont pas réunies.

Vers la catastrophe sanitaire?

Deux mouvements se sont nourris pour construire aujourd'hui ce qu'on appelle les « usines à bébés », qui risquent d'être à une nouvelle étape de concentration à l'APHP et dans toutes les métropoles avec la nouvelle structuration des groupements hospitaliers de territoires (GHT) en cours:

°La T2A, financement qui, ne valorisant que les actes techniques, a signé l'arrêt de mort des petites et moyennes maternités privilégiant l'accompagnement

de l'accouchement physiologique et la naissance. Financement toujours à la baisse dans le cadre des enveloppes fermées de la sécurité sociale, avec le double phénomène de recherche de productivité et de baisse des tarifs C'est ce financement qui a insidieusement poussé aux actes techniques avec l'augmentation des césariennes avec un taux moyen de 20,2 % et 30 % d'épisiotomies, dont l'abus a incité certaines et certains de parler de violences obstétricales... Une clinique à La Muette expérimente un test... pour généraliser les césariennes, au nom des risques d'un accouchement normal. Par ailleurs, malgré les plans de Périnatalité gouvernementaux qui se sont succédés, les recommandations de l'HAS et les multiples évaluations normalisées, les indicateurs de la France ne sont vraiment pas bons: ainsi, la dernière étude d'Euro-Péristat, notre taux de mortalité néonatale nous place au 23^e rang pour 31 pays et au 21^e pour le taux de mortinatalité.

° Les questions de démographie médicale sont prégnantes pour les disciplines concernées: l'anesthésie, l'obstétrique, mais aussi la pédiatrie sont les moins attractives de par les conditions de travail et le risque judiciaire. Ce sont souvent les médecins étrangers, notamment hors Union européenne qui ont pallié, au nombre d'environ 4 000 dans les hôpitaux. Aujourd'hui 300 à 350 de ces praticiens risquent de ne pas être reconduits dans leur contrat. La situation va être aggravée par le départ à la retraite de près de 30 % des praticiens hospitaliers: d'ici 2020 ce sont 12 500 postes vacants! On ferme les maternités de proximité: mais ce n'est pas pour cela que cela va mieux dans les grandes maternités, comme Port-Royal, Lille ou Marseille. Les témoignages abondent, autant des soignants, des sages-femmes, des médecins, pour crier leur « burn-out » face aux manques de personnels, tant pour les activités non-programmées, que pour les activités d'accompagnement, la préparation à la naissance, l'allaitement, activités déléguées aux sages-femmes libérales. En 20 ans l'obstétrique a perdu 40 % de ses effectifs. Certain-e-s ont le sentiment de mettre les mères les bébés en danger: « en salle de naissance la catastrophe n'est jamais loin ».

Pour les communistes, l'humain ne se fragmente pas et la vraie sécurité ne se conçoit que dans une vision globale, de la conception à la période post-natale avec tous les aspects humains, environnementaux et médicaux. Le respect des rythmes naturels de l'accouchement, des choix des femmes et des couples, la proximité chaque fois qu'il n'y a pas de pathologie, sont nécessaires: la proximité pour cet acte de vie qui s'inscrit dans la durée et la construction du premier lien social est impérative.

Seule elle préserve la sécurité affective autour de la mise au monde avec la famille, les amis, les voisins.

Nous faisons trois propositions :

- un moratoire sur toutes les fermetures de maternités : Cela doit permettre partout, avec les élus, les syndicats, la population de réaliser un état des lieux des besoins : réouvertures, véritables partenariats, besoins de personnels, d'équipements, dialogue entre les futurs parents et professionnels.

- remettre l'humain au cœur du fonctionnement des maternités. Cela nécessite des droits nouveaux pour les usagers et les personnels avec leurs organisations syndicales ; il faut renforcer les pouvoirs des personnels dans l'organisation de leur travail, en particulier, dans les maternités, ceux des sages-femmes.

- Ne doit-on pas se poser la question et se donner les moyens que les sages-femmes retrouvent leur place de premières professionnelles de la naissance (responsables des soins obstétricaux, filière universitaire), place assurée par la présence de compétences en chirurgie et d'anesthésie au sein de véritables collectifs (au sein des établissements ou réseaux de périnatalité) ?

- un plan d'urgence pour l'hôpital.

L'avenir des maternités est indissociable de celui de l'hôpital public : il faut des recettes nouvelles, des personnels en nombre et formés et une gestion démocratique !

La protection de l'enfance à l'heure des choix... Une mission devenue impossible... Un naufrage prévu et organisé, aux lourdes conséquences !

**Par Mme Fabienne Lefebvre,
Membre du collège exécutif du PCF**

Le rapport Bianco-Lamy remis en 1980 et l'affirmation du droit des familles mettaient en évidence de graves carences dans le fonctionnement du système de protection de l'enfance, alors centralisé et déconcentré au sein des DDASS, en particulier concernant la place des familles. Pour y remédier, il préconise alors la création du référent aide sociale à l'enfance qui sera consacré lors des lois de décentralisation de 1982, donnant ainsi une place à la proximité institutionnelle et des professionnels dédiés, pour permettre une meilleure prise en charge des enfants, une continuité dans leur suivi et soutenir les parents/familles dans leurs difficultés.

L'Aide Sociale à l'Enfance, a connu depuis trois grandes lois (1989, 2007 et 2016), renforçant à chaque fois les compétences et le rôle du Président du Conseil départemental en matière de prévention, de protection et d'accueil de l'enfance en danger, jusqu'à en faire le chef de file, tout en lui supprimant les transferts de charges pour exécuter convenablement ces compétences. Force est de constater qu'aujourd'hui face à l'augmentation des difficultés sociales (et/ou psychiques) liées à la mise en œuvre, d'abord des politiques de rigueur puis des politiques d'austérité, le système de protection des plus fragiles via les services publics s'effondre en s'accéléralant, mettant ainsi en exergue les éléments factuels de la théorie du choc.

Il s'agit bien là d'un choix idéologique et non d'un problème économique, l'argent existe et une autre utilisation de celui-ci est possible. Ce processus de déstructuration à tous les niveaux, institutionnel, démocratique... que les législateurs appellent réforme, n'est pas un simple changement de paradigme de notre société mais bien un changement de civilisation, sur lequel s'appuie la classe dominante pour préserver le capital, utilisant de manière de plus en plus prégnante les professionnels de la protection de l'enfance comme agent de contrôle social. Ce que prouve la surenchère législative en la matière, qui s'inscrit

dans une conception très idéologiquement marquée, glissant vers le tout répressif aux dépens de l'éducatif. Par ailleurs, la création à la PJJ de 20 nouveaux Centres Éducatifs Fermés est en réflexion dans le cadre d'une « réforme » de la justice des mineurs, à venir. Conscients de l'évolution de leurs missions et des risques d'abandon qu'encourent les plus fragilisés par ce système économique, la gronde des professionnels augmente de manière massive.

Ainsi de nombreux appels au secours depuis plusieurs mois s'élèvent aux travers de grèves, de manifestations, de journées d'action, de pétitions et d'articles. Le plus emblématique étant l'appel au secours des juges des enfants de Bobigny dans la tribune du monde du 5 novembre 2018 face à la dégradation des dispositifs de protection des mineurs délinquants et des mineurs en danger. Au cœur du dispositif, le Juge des Enfants, spécificité française instituée par l'ordonnance du 2 février 1945, possède les deux casquettes : une pénale, il condamne et l'autre civile, il protège... Il est la bête noire du système.

Parallèlement de nombreux travailleurs sociaux et professionnels de la protection de l'enfance (psy...), dans le département du Nord, Indre-et-Loire, Ile-de-France, les Bouches-du-Rhône, à Nantes... se sont eux aussi mis en mouvement. Que dénoncent-ils ? Que demandent-ils ?

Ils dénoncent une impossibilité d'exécution des mesures confiées par le JE, mises en attente faute de personnels pour les prendre en charge, notamment les mesures d'aides éducatives en milieu ouvert judiciaires ou administratives, mais aussi les gardes provisoires par manque de place dans les structures d'accueil, voire par manque d'établissements spécifiques et / ou parce que les prix de journées sont considérés par les Départements comme trop élevés. Établissements qui sont de facto mis en concurrence, au plus offrant en termes de prix de journée et ce bien souvent au

détriment de la qualité de la prise en charge. Il se peut qu'on change un bébé plusieurs fois en quelques jours, d'une pouponnière pour trouver la moins onéreuse au préjudice du bien-être de l'enfant, ou qu'on accueille en situation d'urgence des enfants sur des matelas dans des couloirs faute de place. Dans le pire des cas la mesure n'est pas exécutée, l'enfant reste alors en situation avérée de danger dans sa famille. Danger que la loi de 2016 demande pourtant de lever en moins de trois mois et dont les mises en attente s'accumulent, faute de pouvoir missionner des travailleurs sociaux pour procéder à l'évaluation du danger, déjà en surcharge de travail compte tenu de l'augmentation des mesures confiées.

Concernant les contrats jeunes majeurs (18-21 ans), ils sont les grands laissés pour compte de l'aide sociale à l'enfance. Compétence supplétive des Conseils départementaux, ils sont de moins en moins mis en œuvre faute de moyen (20 000 au total pour le pays), laissant ainsi ces jeunes sans aucune aide publique du jour au lendemain. Alors que ces jeunes, souvent aux parcours complexes et en situation de grande fragilité auraient encore besoin d'être accompagnés. En outre, on leur demande très paradoxalement d'être plus autonomes que les autres, pour sortir rapidement d'un dispositif jugé trop coûteux. Ils sont alors projetés seuls et sans aide dans une société qui ne leur offre que la précarité. Ainsi, on comptabilise en 2016, environ 30 % de jeunes ayant été pris en charge par l'ASE parmi les SDF, alors qu'ils ne représentent que 2 à 3 % de la population !

S'ajoute à cela la problématique du financement de la prise en charge des Mineurs Non Accompagnés, en augmentation et de plus en plus en déshérence, considérés davantage comme des fraudeurs que comme enfants en danger. Comme en atteste, « *le projet de décret autorisant la création d'un traitement de données à caractère personnel relatif aux mineurs non accompagnés, prévu par l'article 51 de la loi n° 2018-778 pour une immigration maîtrisée, un droit d'asile effectif et une intégration réussie* », via un fichier national biométrique. Projet non conforme aux dispositions de la Convention internationale relative aux droits de l'enfant, dont l'abandon est demandé par nos parlementaires.

Plus en capacité de prendre en charge et de protéger, cela oblige donc les professionnels à prioriser leurs missions souvent au détriment de la prévention, ce qui fait qu'il est déjà bien tard lorsqu'ils interviennent dans

les familles, entraînant ainsi un sentiment d'impuissance, de culpabilité et de stress au travail pouvant aller jusqu'au burn out. L'ASE a d'ailleurs de plus en plus de difficulté pour recruter.

S'ajoute à cela une perte de sens liée aux multiples injonctions paradoxales consubstantielles aux pratiques de management par le pire, de comptabilité, de gestion, de tableaux de bord, de reporting, d'organisation du travail, de réunions pléthoriques et de protocoles divers et variés où l'on parle beaucoup des enfants (parfois même de stock)... faute d'avoir du temps pour les rencontrer eux et leur famille. En réalité l'institution cherche d'abord, inconsciemment, à se protéger elle-même avant de protéger ceux qui lui sont confiés parce qu'elle n'en a plus les moyens financiers.

Fin 2018 ce sont 341 000 mesures mises en œuvre par les services départementaux, dont 52 % de placements (+4,2 % en un an, +10,4 % depuis 2013) et 48 % de mesures éducatives à domiciles. Si la maltraitance n'augmente pas, environ 20 000 par an, les carences éducatives sont-elles en forte augmentation.

En effet, force est de constater que la précarité vécue par les familles ne permet pas de remplir pleinement et sereinement un rôle de parent mais au contraire renforce les carences éducatives et/ou des situations de dangers... d'où l'explosion des évaluations pour lever les risques. (+23 % d'augmentation de la pauvreté depuis 2000 avec une accélération depuis 2012)

Chômage, précarité, perte de l'estime de soi, maladies physiques, psychique, problème de logement, passage au 115... comment exercer sa parentalité dans de telles conditions? Sans compter sur le regard d'une société qui légifère, au nom d'un bien-être généralisé, stigmatisant ceux qui, ne se donnent pas les moyens selon eux, d'y avoir accès, portant ainsi un regard sur le parent pauvre qui relève du mépris de classe. La spécificité de la crise capitaliste aujourd'hui, c'est bien l'accélération des conséquences directes sur le terrain de sa logique mortifère. Les plus fragiles ne peuvent y faire face, y compris les travailleurs sociaux eux-mêmes, de plus en plus précarisés, sans réels déroulés de carrière, bien souvent remplacés par des gestionnaires et /ou technocrates aux parcours éloignés du travail social et très en phase avec l'hégémonie culturelle.

Ainsi interpellé depuis des mois par tous les professionnels du secteur sur l'abandon de la protection

de l'enfance et sur les graves conséquences qui en découlent, l'État réagit donc aujourd'hui, mais pour quelles mesures et pour quelles perspectives ? La stratégie nationale de protection de l'enfance et de l'adolescence 2018-2022 lancée par Agnès Buzyn Ministre des solidarités et de la santé en janvier 2018 qui devait être annoncée en novembre 2018, a finalement été repoussée à cet été. Elle fera l'objet d'une consultation des acteurs de terrain, nous dit-on ! Elle sera épaulée par Adrien Taquet tout nouveau secrétaire d'État qui va conduire avec le Conseil national de protection de l'enfance, l'élaboration de cette stratégie. Pour rappel, ce député LREM élu en 2017, a voté en octobre 2018 contre un texte relatif au statut des accompagnants des élèves handicapés, pour la loi Élan qui passe le taux de logement neuf en accessibilité pour les handicapés de 100 à 10 % et fait partie de la majorité qui veut supprimer 70 000 fonctionnaires dans fonction publique territoriale et 120 000 à l'État (projet de loi réformant la fonction publique). Ni stratégie, ni volonté... en réalité rien de nouveau...

Renforcer la prévention : dès la venue au monde de l'enfant avec un parcours de périnatalité pour les parents dès le 4^e mois, ainsi qu'un renforcement du suivi après la naissance par la Protection maternelle infantile (PMI) (déjà inscrit dans la loi du 14 mars 2016, notons qu'il y a de plus en plus de mère à la rue à la sortie de maternité).

Lutter contre tous les types de violence : le recours au numéro d'urgence 119 fera l'objet d'une campagne de communication pour sensibiliser les citoyens à signaler les problèmes de violence sur enfant (comme à chaque nouvelle loi ! le 119 a été créé par la loi du 10 juillet 1989).

Garantir les droits fondamentaux des enfants (santé, éducation, justice...) : la prise en charge à 100 % des soins de santé et soins psychologiques des enfants de l'ASE (en réalité c'est déjà le cas), et un soutien scolaire adapté pour que ces jeunes puissent accéder aux études supérieures (ce n'est pas ce qui est fondamentalement demandé par les professionnels)... Rien de concret... encore moins sur les moyens.

Quelques évidences, qu'une consultation ne viendra pas combler, malgré les bonnes intentions affichées lorsqu'Adrien Taquet plaide pour une exécution plus rapide des mesures judiciaires de placement ou dit réfléchir à la disparité des politiques de protection actuellement mises en œuvre dans les départements.

Rien sur la médecine scolaire, rien sur le renforcement du service d'aide en faveur des élèves (augmentation d'assistantes sociales scolaires dans les collèges et lycées et extension au primaire), rien sur l'embauche conséquente de travailleurs sociaux et de psychologues dans les services départementaux pour procéder aux évaluations de l'enfance en danger mises en attente, rien pour mettre en œuvre les mesures décidées par les magistrats et celles décidées dans un cadre administratif.

Rien sur les contrats jeunes majeurs pour les 18-21 ans qui devraient devenir une compétence obligatoire étendue jusqu'aux 25 ans, afin de garantir une continuité des droits. Rien sur le manque de place dans les établissements d'accueil et structures spécialisées. Rien sur des accueils modulables et diversifiés en respect avec la problématique de chaque enfant. Aucune piste d'accompagnement des familles, aucune réponse aux besoins de la population à travers la protection sociale, la santé les services publics. Rien sur la formation des professionnels, leur reconnaissance et leur rémunération.

Effet d'annonce, pour l'heure, la stratégie nationale de protection de l'enfance et de l'adolescence 2018-2022 annoncée depuis quelques mois et qui peine à arriver, ne débouchera, après la Grande concertation, tout comme le Grand débat, sur rien de concret, ni de novateur, ni de protecteur, surtout pour les plus fragilisés, restons donc vigilants et mobilisés.

Assurance chômage : négociation piégée au service d'une politique publique de traitement du chômage au service du capital

Denis Gravouil

La négociation sur la réforme de l'assurance chômage s'est soldée par un échec. Imposée par le gouvernement qui a souhaité l'avancer d'une année, l'échec de cette négociation sous contrainte financière (1,3 Md d'économie supplémentaire par an) sert de tremplin à la volonté gouvernementale et patronale de remise en cause de notre système de protection sociale solidaire dans sa nature comme dans sa fonction pour lui substituer le principe d'un filet de sécurité individuel et contractuel. Denis Gravouil, membre de la délégation de la CGT, a accepté de répondre à nos questions.

Les Cahiers : *La négociation sur une réforme de l'assurance chômage s'est achevée sur aucun accord entre les organisations syndicales et le patronat. Toutes les organisations présentes autour de la table ont invoqué la lettre de cadrage gouvernementale impossible à tenir et ne permettant pas d'aboutir à un accord. Pouvez-vous nous rappeler le cadre général de cette négociation, ses arrêtes, ainsi que ses points d'achoppement avec le patronat ?*

Denis Gravouil : Il faut d'abord rappeler que cette négociation n'aurait pas dû avoir lieu. L'échéance de la convention actuelle était prévue au 30 juin 2020. Macron a décidé subitement en juillet, par surprise, alors que le texte de sa loi se stabilisait après la première lecture à l'assemblée, de faire réouvrir les négociations immédiatement, sans doute parce que les prévisions de croissance ne correspondaient pas à ses attentes. La gouvernance par les nombres, pour reprendre le titre de l'excellent livre d'Alain Supiot, c'est aussi la gouvernance à très court terme !

Selon la nouvelle loi cyniquement intitulée « liberté de choix de son avenir professionnel » du 5 septembre 2018, le gouvernement peut faire réouvrir les discussions à tout moment, en imposant le cadre de la discussion, notamment en encadrant l'objectif financier. C'est ainsi que les cinq organisations syndicales et les trois organisations patronales représentatives ont reçu une lettre de cadrage le 25 septembre, donnant quatre mois pour aboutir à une réduction des droits de 3,9 Mds € en trois ans. Cette lettre cible explicitement les droits des travailleurs précaires : celles et ceux qui sont indemnisés parmi les chômeurs enregistrés par Pôle Emploi en catégories B et C (personnes ayant travaillé moins ou

plus de 78 heures dans le mois). C'est-à-dire environ 800 000 personnes ayant des droits ouverts parmi les 2,4 millions concernés. Il faut rappeler que seuls 43 % des inscrits à Pôle Emploi sont indemnisés, un ombre en baisse depuis des années, tout comme le montant de l'indemnisation.

Ainsi, comme la catégorie des travailleurs précaires ne cesse d'augmenter, elle est déjà l'enjeu des négociations depuis plusieurs années : les conventions 2014 et 2017 ont déjà abaissé les droits de ces personnes, notamment les intérimaires ou les personnes dont les contrats sont inférieurs à la semaine. La CGT n'a pas signé ces textes mais nous avons été mis en minorité.

Lorsque la négociation a commencé le 9 novembre, la délégation CGT a déchiré la lettre de cadrage pour signifier que nous n'accepterions aucune économie sur le dos des chômeurs. De son côté, le patronat emmené par le MEDEF s'était arrangé avec le premier ministre pour faire en sorte que ne figure pas dans la lettre le terme honni pour lui de « bonus-malus », pourtant promis par Emmanuel Macron. Il était juste inscrit dans la lettre une demande de « responsabilisation » des entreprises par rapport à la précarité, en précisant que cela ne devait pas augmenter globalement les cotisations patronales. C'est dire combien cette lettre était déséquilibrée. Nous avons participé aux réunions pour en surveiller le contenu et l'issue. Le patronat a proposé une série de mesures incroyablement défavorables aux chômeurs, il a même dans un premier temps trouvé 1,9 Md € d'économies annuelles quand le gouvernement en réclame 1,3.

De fait, il semble que d'autres organisations syndicales auraient pu accepter des baisses de droit à condition d'obtenir une concession du patronat sur la question des contrats courts, sous forme d'un bonus-malus minimal : mais le patronat a catégoriquement refusé toute possibilité en ce sens, par principe.

D'un autre côté, les syndicats de salariés se sont au moins mis d'accord cette fois-ci pour ne pas laisser le patronat nous entraîner sur une discussion sur les baisses de droits, en tout cas avant d'avoir obtenu cet engagement du patronat. Il est apparu clairement que le patronat refuse toute limitation au recours à la précarité.

Le MEDEF a refusé de discuter de la proposition faite par la CGT de partager un « malus », une augmentation des cotisations patronales sur les contrats courts, entre le donneur d'ordre et le sous-traitant comme cela se fait dans l'intérim pour les cotisations accidents du travail et maladies professionnelles.

En résumé, nous avons une réouverture anticipée d'un an, une obligation d'économie sur les allocations des précaires, à un niveau jamais atteint (de l'ordre de moins 1 444 € par an par personne), un patronat intransigeant car négociant directement avec le gouvernement, sans oublier la suppression de la cotisation salariale et le passage à la CSG : il n'y aurait pu y avoir qu'un accord particulièrement défavorable aux chômeurs.

Nous dénonçons au passage les profondes inégalités de cette politique en direction des jeunes, des plus de cinquante ans, et dans tous les cas des femmes, pénalisées par les moindres salaires et les carrières plus difficiles, par une précarité plus souvent liées aux temps partiels subis, ce que se répercutent sur les droits à l'assurance chômage.

***Les Cahiers :** Pour l'observateur extérieur, cette situation qui aboutit à une prise en main par l'État de la gestion et des décisions concernant l'assurance-chômage et l'indemnisation des chômeurs, a un goût étrange. Nous avons du mal à ne pas faire le lien avec la décision du gouvernement de supprimer les cotisations chômage des salariés et de la compenser par une hausse de la CSG, après avoir invoqué en loi de financement de la sécurité sociale l'intégration de la CSG dans les comptes de l'État. Ne peut-on pas voir dans cet échec « apparent » un pas de deux patronat-gouvernement visant à évacuer de la négociation collective sur l'assurance-chômage les organisations syndicales de salariés ?*

Denis Gravouil : Du côté d'Emmanuel Macron et du gouvernement, il est clair que la volonté est de transformer la protection sociale en autre chose : supprimer la cotisation salariale et la remplacer par l'impôt, en l'occurrence la CSG, c'est passer d'un système ouvrant des droits parce qu'on a cotisé en travaillant, à un système « d'assistance » dans lequel le citoyen est tributaire des décisions économiques du gouvernement à chaque PLFSS.

Macron et les libéraux dominants à l'OCDE veulent réduire la protection sociale à un filet de sécurité, forfaitaire, et soi-disant universel mais soumis à des conditions drastiques. Plusieurs signes autour du passage à la CSG le montrent : même le patronat siégeant à l'Unedic (il y a des nuances dans les hautes sphères)

s'inquiète du risque pour les finances de l'organisme. Pour l'instant, la part de CSG « activité » compense ce qu'auraient rapporté les cotisations salariales, mais des députés LRM ont refusé une garantie triennale et ce beau monde lorgne sur les excédents annuels que l'Unedic pourrait dégager après 2020.

De plus, il va être mis en œuvre une espèce d'allocation pour certains des travailleurs indépendants (en réalité pour une très grande part des faux indépendants, pieds et poings liés aux exigences des plates-formes, par exemple) : ce sera certes une allocation tellement conditionnée qu'elle concernera au mieux 10 000 personnes par an, mais ce sera une allocation forfaitaire de 800 € / mois pendant 6 mois. C'est-à-dire l'équivalent des allocations-chômage au Royaume-Uni après les années de réforme Thatcher - Blair.

Un autre signe est la refonte annoncée en parallèle des minima sociaux, avec l'objectif de fusionner le RSA, la prime pour l'emploi et de faire disparaître l'ASS (allocation spécifique de solidarité), une allocation de fin de droits, le seul minimum social qui dépend de l'individu, et pas des revenus du foyer. Macron lance un beau « plan com' » pour montrer qu'il est charitable avec les pauvres, mais il a fuité que le rapport de préfiguration, toujours secret, prévoyait 3,5 millions de perdants.

La CGT a revendiqué une allocation équivalente à celles des salariés indemnisés, et financée par une cotisation du même montant que la cotisation patronale, dans un double but : verser des droits équivalents quel que soit le statut de la travailleuse ou du travailleur, et éviter la bombe à retardement que constitue un nouveau modèle, destiné à devenir le seul à terme, au nom de « l'équité », le mot employé pour justifier le nivellement par le bas.

Macron mène méthodiquement les actions que souhaitent les plus libéraux, notamment ceux au MEDEF qui veulent achever le programme du Conseil National de la Résistance, comme l'avait déclaré Denis Kessler il y a quelques années. Au sein du patronat, l'élection de Roux de Bézieux face à Alexandre Saubot est le signe de la prise de pouvoir de cette tendance face à ceux qui voulaient encore défendre le compromis avec les syndicats « responsables » et la ligne CFDT. Le patronat a fait jouer tous ses réseaux au sein du gouvernement, à la fois pour torpiller le bonus-malus de Macron, et même si celui-ci met en œuvre un dispositif vaguement symbolique contre l'avis d'Édouard Philippe, c'est le signe que la stratégie est maintenant au lobbying auprès d'un pouvoir de la même communauté de pensée. C'est au passage l'échec de la stratégie de bon élève de la CFDT

qui devrait se demander quoi faire quand la division syndicale conduit à l'abaissement du rapport de force.

La réaction téléphonée de Macron le lendemain de l'arrêt de la négociation du 20 février est à la fois malhonnête et transparente : alors que l'échec est imputable à l'intransigeance du patronat à appliquer un bonus-malus qui figure pourtant au programme de campagne du président, il cible les syndicats de salariés, selon lui incapables de « réussir » une négociation que personne n'avait demandé sauf lui, et que ne seraient de toute façon plus légitimes du fait de la suppression de la cotisation salariale...

***Les Cahiers :** Peut-être plus problématique encore, n'assiste-t-on pas à une étape nouvelle du changement de paradigme global de la négociation collective et de ses institutions, qui toucherait désormais les politiques publiques ? Je m'explique. Avec sa réforme du Code du travail, le gouvernement a considérablement affaibli la négociation de branche et renforcé la négociation d'entreprise, en réduisant les pouvoirs des organisations syndicales. Il est en train de faire la même chose dans les trois pans de la fonction publique. En enfermant le dialogue social dans les organismes de protection sociale dans une relation État-patronat, et en évacuant les salariés de cette négociation, ce sont désormais les conditions d'élaboration des politiques sociales qui commencent à échapper aux organisations représentatives des salariés, et donc aux salariés eux-mêmes. Pour les politiques sociales aussi, seul l'intérêt de l'entreprise serait alors pris en compte. N'y a-t-il pas là l'ambition d'une construction institutionnelle nouvelle portée par le gouvernement et le patronat qui contribuerait à renverser la logique de la négociation sociale qui avait prévalu au sortir de la seconde guerre mondiale, en donnant tous les pouvoirs au patronat et à l'État ?*

Denis Gravouil : Macron est persuadé que les syndicats de salariés ne servent qu'à empêcher ou retarder les ajustements structurels que la France doit s'imposer pour se caler sur le même modèle dans la compétition avec les pays voisins : la limitation de la redistribution au strict minimum conduit à cette casse de la protection sociale. Le mépris qu'il affiche à chaque petite phrase sur « le pognon de dingue » ou lorsqu'il enjoint à un jeune horticulteur « de traverser la rue » pour trouver quelques heures de service dans un restaurant, sont révélateurs de son mépris de classe qui n'est plus à démontrer, mais cela montre également qu'il voit chaque travailleur comme un agent économique indépendant, responsable de son sort. C'est l'intitulé même de sa loi : puisque le gouvernement te donne quelques billes

pour avoir accès à un compte personnel de formation et à une allocation-chômage dans certains cas, tu peux et tu dois te débrouiller tout seul ! À terme, il peut ne plus y avoir de Code du travail ni de salariés, mais un code du commerce avec beaucoup d'auto-entrepreneurs.

Dans ce cadre, il subsisterait un filet de sécurité minimal, une protection sociale acquittée individuellement, des assurances privées (très profitables aux nouveaux patrons du Medef) et bien sûr des services publics réduits aux fonctions « régaliennes » elles-mêmes renforcées. Évidemment dans ce cadre-là, les collectifs pour faire face au capital et donc les syndicats doivent disparaître : les représentants des travailleurs doivent être réduits à des relais pour faire bien fonctionner le travail en groupe.

La réforme de l'assurance chômage est annoncée comme la continuité des ordonnances, non pas pour mettre en place un volet « sécurité » après la flexibilité.

Dans l'articulation entre Code du travail, les branches et les entreprises, c'est plutôt le premier niveau qui est attaqué. Les branches sont fusionnées à marche forcée, mais elles ne sont pas abandonnées : il faut certes niveler là aussi part le bas les salaires qui dépassent trop aux yeux du patronat (sauf les leurs), mais il faut aussi y organiser la concurrence au profit des donneurs d'ordres qui ont besoin que les plus petits ne dérangent pas leur organisation et leur modèle de dumping social.

Nous avons besoin de montrer aux salariés mais aussi aux travailleurs faussement indépendants et en réalité subordonnés économiquement, que les syndicats sont utiles et que la construction de rapports de force est indispensable pour imposer le maintien des droits acquis et en gagner de nouveaux.

***Les Cahiers :** Cette philosophie ultralibérale du gouvernement ne répond pas aux défis du moment. Elle ne permet pas de répondre au chômage de masse, à la précarisation généralisée de l'emploi et des revenus, ni même aux besoins de mobilités professionnelles et de formations liées aux effets de la révolution numérique et plus généralement de la révolution informationnelle. Elle n'est utile qu'à préserver la profitabilité immédiate du capital. Face à cette visée du gouvernement et du patronat, la CGT a fait plusieurs propositions alternatives ? Quelles sont-elles ? Notamment, vous avez parlé à plusieurs reprises de « sécurité sociale de l'emploi », pouvez-vous préciser ?*

Denis Gravouil : Il me semble qu'on peut plus qualifier Macron et son gouvernement de « néolibéraux » que « d'ultralibéraux ». Il s'agit moins pour eux de

faire disparaître l'État (le costume de président de la Ve République, tout-puissant et providentiel sied très bien à l'élu actuel), que de supprimer les services publics et la protection sociale mutualisée, considérée comme des freins au marché et à la libre concurrence.

La réforme de l'assurance chômage dans la foulée des ordonnances contre le Code du travail, les prud'hommes, les instances du personnel, et — ne l'oublions pas — avec les cadeaux fiscaux et sociaux aux entreprises, vise à créer une armée de travailleurs précaires qui ne peuvent refuser les petits boulots dégradés que le patronat entend proposer à défaut de CDI pour toutes et tous. C'est une nouvelle version de « l'armée de réserve » de prolétaires dont parle Marx.

Le modèle de Macron, c'est l'Allemagne après les réformes Hartz IV. Il suffit de relire les grandes lignes du rapport Enderlein / Pisani-Ferry commandé en 2015 par Macron alors ministre de l'économie avec son homologue allemand, un « rapport de situation comparée » entre les deux pays. En Allemagne, le taux officiel de chômage est deux fois plus bas qu'en France mais la proportion de travailleurs pauvres est cinq fois plus élevée, le SMIC, récent et pas généralisé, est à 8 € de l'heure contre 10 en France. Et pourtant il s'agit des deux pays les plus riches d'Europe.

Il faut une autre répartition des richesses et une inversion de la courbe de la distribution entre capital et travail : la part du PIB attribuée aux salaires diminue pendant que les dividendes explosent dans les entreprises du CAC 40. La CGT propose entre autres d'augmenter les salaires et les pensions et de porter le SMIC mensuel à 1 800 €.

Nous proposons un nouveau statut du travail salarié, porté par une sécurité sociale professionnelle, extension de la sécurité sociale. Il s'agit de permettre à toute femme et tout homme entrant dans le monde du travail de se voir garantir le maintien du contrat de travail, donc la rémunération et son doublement avant la retraite, même lorsque l'on change d'emploi. De nombreux salariés souhaitent changer d'emploi mais sans perdre leur ancienneté, leur couverture santé, et de nombreux travailleurs précaires n'ont accès à aucun droit mutualisé. Le respect du travail passe par la prise en compte de cette situation de l'emploi dégradée par les politiques d'austérité : la mutualisation est possible pour tenir compte de la situation des petits employeurs et le financement est envisageable à une hauteur moindre que les montants de l'évasion et de l'optimisation fiscale.

***Les Cahiers:** La bataille n'est pas finie. Le gouvernement a réussi à avancer ses pions, mais le mouvement social est lui aussi dans l'action en opposition à l'objectif gouvernemental. Que ce soit de manière plus ou moins inconsciente avec le mouvement des gilets jaunes qui revendique une hausse des revenus et du pouvoir d'achat. Ou que ce soit de manière consciente avec les organisations syndicales. Quels sont les appels à mobilisation de la CGT? Comment pensez-vous qu'il faille inscrire dans le débat public et le débat électoral des élections européennes cette question importante du chômage et des politiques sociales en général? Quelles convergences de luttes faut-il construire?*

Denis Gravouil: En parallèle au calendrier assurance chômage, on a vu évoluer l'attitude du gouvernement. Pas sur le fond, mais dans le passage de l'arrogance à la fébrilité. Avant le mouvement des gilets jaunes, il était sûr de lui et décidé à appliquer les baisses de droits, soit qu'un accord respecte la lettre de cadrage, soit que le gouvernement reprenne la main. La polémique sur le décret, qui aurait dû passer inaperçu, alourdissant au 1^{er} janvier les sanctions contre les chômeurs a montré qu'il était moins facile que prévu pour le gouvernement d'envisager des baisses de droits au début de l'été. Mais il n'a renoncé ni à la casse des droits aux allocations-chômage, ni à celles des retraites ou des services publics : il cherche juste à les faire passer dans un calendrier contournant les européennes et dans les périodes où il est moins facile de mobiliser pour nous.

Nous proposons toujours des mobilisations les plus unitaires possible. L'ouverture vers les organisations de jeunesse est essentielle. Les mouvements lycéens, même injustement éclipsés par l'actualité et soumis à une répression violente, sont aussi un motif d'espoir. Il faut avant tout construire la grève dans les entreprises : le Medef a beau jeu de dire qu'il n'est pas ciblé par les manifestations du samedi. C'est bien sûr difficile pour les travailleurs précaires, les intérimaires, les privés d'emploi, mais il y a des motifs de peur que nous puissions bâtir des mobilisations nouvelles. Nous soutenons par exemple la lutte des « gilets roses », les assistantes maternelles, contre des baisses de droits en allocation-chômage de 30 à 300 € : ce sont des femmes à 99,9 %, travaillant chez elles pour des particuliers mais elles ont réussi une trentaine de rassemblements à deux reprises les 2 février et 9 mars (en lien avec la bataille pour l'égalité femme/homme).

Mieux aider les personnes âgées : une chance pour l'ensemble de la société

Un constat unanimement partagé

Par Romain Gizolme, directeur de l'Association des Directeurs au service des Personnes Âgées

Suite aux grèves de début d'année 2018 initiées communément par l'ensemble des 10 organisations syndicales représentatives des salariés du secteur de l'aide aux personnes âgées et l'AD-PA (Association des Directeurs au service des Personnes Âgées), l'État a lancé une large Concertation nationale Grand âge et autonomie.

Après plusieurs mois de consultation, articulée autour d'ateliers nationaux, de forums régionaux et d'une plateforme numérique ayant enregistré plus de 400 000 participations de la part de nos concitoyens, le constat concernant la situation de l'aide aux personnes âgées rejoint ceux déjà établis jusque-là depuis de nombreuses années par de nombreux rapports ; notamment quant au manque de temps passé au quotidien auprès des personnes âgées en établissement et à domicile et les prix payés par celles-ci et leurs familles.

En effet, en 2005 déjà, soit deux ans après la canicule de 2003, la Cour des comptes indiquait que le secteur de l'aide aux personnes âgées était sous-doté pour moitié. En 2006 sous la présidence de J. Chirac, le Plan solidarité grand âge (PSGA) prévoyait le doublement des ratios de professionnels, alors à 0,5, à horizon 2012. Suivi en 2011 l'objectif de création d'un « cinquième risque » de Sécurité sociale sous le quinquennat de N. Sarkozy, puis, ayant été abandonné, l'adoption de la Loi d'adaptation de la société au vieillissement en 2016 sous celui de F. Hollande qui, notamment, dégagera 650 millions de crédits nouveaux.

Ainsi, malgré le fait que chaque gouvernement successif est chacun fait un petit peu pour améliorer l'aide aux personnes âgées, la France a néanmoins, depuis 20 ans, accumulé un retard conséquent dans ce domaine au regard de l'augmentation du nombre de personnes âgées, de l'augmentation du nombre des normes et réglementations, de l'augmentation du nombre des attentes légitimes de nos concitoyens. Les derniers rapports de 2018-2019 du Sénat, de l'Assemblée nationale, du Conseil économique social et environnemental (CESE), du Conseil consultatif

national d'éthique (CCNE), ou enfin de D. LIBAULT n'ont pu que confirmer ce constat unanimement partagé.

Ces constats répétés tout comme les mouvements sociaux inédits de début 2018 imposent donc de repenser en profondeur le système français de l'aide aux personnes âgées, tant à domicile qu'en établissement, et d'en réformer le fonctionnement et le financement.

Porter un regard positif

Pour ce faire il convient pour notre société de commencer par changer le regard qu'elle porte sur le Grand âge. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) indiquait dans son rapport de fin 2015 que nos sociétés étaient particulièrement discriminantes à l'égard des plus âgés et notamment des plus fragilisés ; soulignant ainsi que l'âgisme (discrimination par l'âge) devenait plus universel que le sexisme ou le racisme. L'âgisme conduit nos sociétés à porter un regard négatif sur le grand âge et les professionnels qui travaillent à leur service. Ainsi les personnes âgées sont dites « dépendantes », les dépenses pensées comme des coûts et des charges.

Porter un regard positif amène à percevoir les personnes, même très fragilisées, en capacité de participer de leur accompagnement, d'en être actrices et pleinement citoyennes dès lors que notre société en crée les conditions. Cela amène à pouvoir concevoir des politiques publiques de l'autonomie (et non de la « dépendance ») accès sur un objectif de compensation des situations de handicap, quel que soit l'âge, afin de permettre aux personnes de continuer d'exercer pleinement leurs droits et libertés dans une société plus inclusive. Porter un regard positif permet également de penser des modes d'accompagnement à domicile et en établissement plus adaptés aux attentes et aspirations de nos concitoyens. Au-delà de correctement, et autant que de besoin, accompagner les personnes âgées pour les actes essentiels de la vie quotidienne, l'enjeu à venir reste de pouvoir proposer à chacun de continuer à se réaliser. Cela nécessite un accompagnement sensiblement augmenté à domicile individuel et une

évolution des structures pour personnes âgées vers des formes d'habitats regroupés proposant à proprement parler un « chez-soi » tout en facilitant l'accès à des services mutualisés.

Par ailleurs cette revalorisation sociétale du regard porté sur le Grand âge permet de comprendre les dépenses à engager comme un investissement social et économique. En effet, il n'est pas d'activité économique qui puisse gagner en qualité sans investissement. Engager des dépenses nouvelles dans ce secteur serait donc pour l'essentiel à destination de la création de centaines de milliers d'emplois notamment au bénéfice des plus jeunes de nos concitoyens. Investir dans ce secteur permettrait donc à la fois d'améliorer les conditions d'accompagnement des personnes âgées, de soutien aux familles et proches aidants et de travail des professionnels en établissement comme à domicile. Et cet investissement relève de choix politique. Si les volumes financiers estimait de l'ordre de 9 à 10 milliards d'euros peuvent paraître importantes, ceux-ci une fois rapportés au budget de la sécurité sociale qui se chiffre en centaines de milliards d'euros paraissent dès lors tout à fait absorbables et ce d'autant plus que créant des emplois ils généreraient cotisations sociales nouvelles, baisses des indemnités d'arrêts maladies et accidents du travail,

Par ailleurs, comprendre l'engagement de crédits nouveaux dans ce secteur comme un investissement serait permettre de revaloriser les salaires et les carrières afin de rendre les métiers du Grand âge, à domicile comment établissement, plus attractifs.

Enfin de la même manière, porter un regard positif sur le secteur du Grand âge peut bénéficier aux politiques d'urbanisation et développement territorial des villes et villages. Penser des formes d'habitats regroupés tout à fait inclus dans la cité en facilite l'accès pour les personnes âgées tout en participant au maintien et au développement des commerces et services de proximité et donc de l'activité économique des communes.

Porter un regard positif, c'est ainsi concevoir le secteur de l'aide aux personnes âgées comme un puissant levier de cohésion sociale permettant de concilier impératifs éthiques et impératifs économiques au bénéfice de l'ensemble de notre société.

Vers une prestation autonomie

À l'heure où se profile la loi autonomie promises par E. Macron pour la fin d'année et alors que la Ministre A. Buzyn à rappeler l'urgence de la situation de l'aide aux personnes âgées à l'occasion du rapport que lui a récemment remis D. Libault, il convient que l'État fasse enfin les choix politiques permettant d'enfin réellement améliorer les conditions d'accompagnement, de soutien aux familles et de travail des professionnels. Cela impose donc à l'État d'engager des financements nouveaux et mesures très concrètes, dès 2019, visant à impulser une augmentation du nombre de professionnels, en établissement et à domicile, et une revalorisation des salaires. Au-delà de concrétiser les ambitions affichées à juste titre par la Ministre pour ce secteur, l'enjeu pour l'État sera clairement de la même manière de monter à nos concitoyens que lorsqu'un grand débat est engagé il sait entendre les Français et apporter des réponses changeant leur quotidien.

Les mouvements sociaux de début 2018 ont permis à l'opinion publique ainsi qu'aux médias de comprendre que l'ensemble des professionnels font chaque jour le maximum, en établissement et à domicile, pour assurer au mieux la qualité d'accompagnement proposé compte tenu des conditions de travail qui sont les leurs, jusqu'à le « payer » de leur santé. Les rapports de fin 2017 et 2018 de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) indiquait à ce propos que le seul secteur d'activité, tout secteur d'activité économique confondu en France, voyant ses taux d'arrêts maladie et accidents du travail continuer d'augmenter était celui de l'aide aux personnes âgées, qualifiant cette situation d'alarmante.

Il revient donc maintenant à l'État de créer une prestation autonomie permettant d'engager les investissements socio-économiques indispensables afin de réellement améliorer l'accompagnement quotidien des personnes âgées, de soutien aux familles et proches aidants et de conditions de travail des professionnels à leur service, en établissement comme à domicile.

Rôle de l'Union Européenne dans la mise en œuvre de réformes des retraites en Europe

Par Daniel Junker

Le 6 février 2001, le commissaire européen au marché intérieur, Fritz Bolkestein, estimait que le vieillissement de la population et l'allongement de la durée de la vie représentaient une « bombe à retardement » **pour les systèmes de retraite par répartition**. C'est dans ce contexte alarmiste et d'urgence que les recommandations de l'Union européenne sur les retraites se sont multipliées au cours des dernières années. L'Union européenne n'a pas la compétence institutionnelle nécessaire pour intervenir dans le domaine de la protection sociale. Celle-ci demeure de la responsabilité des États membres. Selon le principe de subsidiarité, chaque État membre reste maître de la conception, de la gestion et du financement de son système de sécurité sociale. Mais, depuis le début des années 1990, le droit communautaire exerce une forte influence sur l'évolution du système de retraite français, promouvant largement le système par capitalisation. Cette intervention s'appuie sur deux axes :

- La réglementation des institutions privées de retraite professionnelle.
- La gouvernance économique commune.

La réglementation des institutions privées de retraite professionnelle

Le 6 juin 2003, l'Union européenne adopte définitivement une directive destinée à encadrer les institutions de retraite professionnelle (I.R.P.). Celle-ci, ne concernant ni les institutions de sécurité sociale, ni les institutions fonctionnant par répartition, marque l'aboutissement de plusieurs années de travail de la Commission et de la Cour de Justice pour faire étendre aux I.R.P. les bénéfices du marché unique et de la libre concurrence.

Deux dispositions découlent de cette directive :

- La promotion de la capitalisation comme renfort des systèmes traditionnels par répartition.
- La reconnaissance de la définition en piliers de la protection sociale.

La définition en piliers de la protection sociale

Afin d'étendre aux I.R.P. les bénéfices du marché unique et de la libre concurrence, la retraite professionnelle doit être assimilée à un produit financier. Une grille d'analyse a été établie pour distinguer système par répartition et système par capitalisation, faisant de celui-ci un objet qui relève de la compétence communautaire (au même titre que les produits d'assurance par exemple). La première mention des trois sources distinctes de retraites (cf. trois piliers) se trouve dans un document interne, datant du 9 octobre 1990 : « l'achèvement du marché intérieur dans le domaine des retraites privées ».

Les trois piliers sont :

- 1). le régime de sécurité sociale (régime de base).
- 2). le régime complémentaire lié à un emploi ou une profession
- 3). le système de retraite individuelle privé.

Cette division de la retraite en piliers à travers un premier pilier légal par répartition et un deuxième pilier professionnel par capitalisation permet ainsi une répartition des compétences :

- Aux États, la gestion du premier
- Aux instances européennes, la régulation du second.

Ainsi, la Commission affirme à la fois qu'elle est présente « en principe » partout en Europe et qu'elle servira de base à la définition du champ de compétence communautaire. Cet élément est particulièrement important quand on analyse l'influence du droit communautaire en France. En effet, la définition communautaire ne permet pas de prendre en considération l'originalité du système de retraite « à la française ».

La lutte contre les déficits comme justificatif à la capitalisation

Pour réduire leur déficit public et respecter le plafond de 3 % du PIB, les États membres ont été contraints de diminuer les dépenses dans un des domaines où elles

étaient les plus élevées : les politiques de retraites. C'est donc tout naturellement que la surveillance multilatérale, instituée par le Traité de Maastricht et approfondie par le pacte de stabilité et de croissance (P.S.C.), porte sur la question des retraites.

Les engagements successifs des États :

2000, Lisbonne. - Porter d'ici 2010 le taux d'emploi moyen total à 70 % de la population et à 60 % pour les femmes.

2001, Stockholm. - Relever le taux d'activité des travailleurs âgés de plus de 55 ans à 50 %.

2002, Barcelone. - Continuer d'examiner la viabilité à long terme des finances publiques dans le cadre de son exercice annuel de surveillance, en particulier à la lumière des défis que pose le vieillissement et chercher d'ici 2010 à augmenter progressivement d'environ cinq ans l'âge moyen effectif auquel l'activité professionnelle cesse dans l'Union européenne.

2005, lors de la réforme du volet préventif et correctif du P.S.C., sont introduites deux dispositions relatives aux retraites. La première dispose que toutes les évaluations des politiques nationales par le Conseil et la Commission « prennent dûment en considération la mise en œuvre de réformes des retraites consistant à introduire un système à piliers multiples avec un pilier obligatoire financé par capitalisation ». La seconde assouplit l'application des sanctions pour les États ayant un déficit excessif mais mettant en œuvre une telle réforme.

Au-delà du prétexte de garantir l'équilibre des comptes publics, la réforme des retraites est devenue le symbole d'une nécessaire harmonisation des systèmes sociaux européens. Angela Merkel estimant que « dans des pays comme la Grèce, l'Espagne, le Portugal on ne parte pas à la retraite plus tôt qu'en Allemagne, que tous fassent un peu les mêmes efforts, c'est important ».

L'approche des institutions européennes est désormais fixée dans deux documents : le livre vert sur les retraites de juillet 2010 et le livre blanc de février 2012.

Les deux textes partent du postulat « Bolkenstein » : la forte pression que va faire peser sur les régimes de retraites par répartition le vieillissement la population. Pourtant le livre vert reconnaissait déjà en 2010 que le système de retraite par capitalisation n'était pas optimal : du fait de la crise il avouait une perte de valeur de 20 % pour les fonds de pensions mais comme d'habitude il en attribuait la cause non pas à la marchandisation des retraites, mais au contraire au non-achèvement du marché unique sur ce segment.

En lieu et place d'une réelle réflexion sur les cotisations, et la taxation des revenus du capital, la création d'emplois, la solution avancée pour rééquilibrer les caisses de retraite passerait donc par une réduction au strict minimum des retraites garanties, pour des systèmes fondés sur la partie retraite complémentaire et l'épargne personnelle via les assurances vie.

« Bruxelles, le 16.2.2012 COM (2012) 55 final LIVRE BLANC: Une stratégie pour des retraites adéquates, sûres et viables (Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE) :

1. INTRODUCTION Le vieillissement de la population fait peser une menace importante sur les systèmes de retraite dans tous les États membres. À moins que les femmes et les hommes, qui vivent plus longtemps, travaillent également plus longtemps et épargnent davantage pour leur retraite, l'adéquation des pensions ne pourra plus être garantie, car l'accroissement des dépenses que cela impliquerait serait intenable. Entre 2010 et 2060, l'espérance de vie à la naissance devrait augmenter de 7,9 ans pour les hommes et de 6,5 ans pour les femmes. Et il ne s'agit pas d'un problème éloigné – il est à nos portes, avec la génération du baby-boom qui part à la retraite et la population européenne en âge de travailler qui commence à se réduire. En témoigne le nombre de personnes de plus de 60 ans, qui connaît une augmentation annuelle d'environ 2 millions, soit deux fois plus qu'à la fin des années 90 et au début des années 2000. À l'inverse, le nombre de personnes se situant dans la classe d'âge de forte activité (les 20 à 59 ans) chutera chaque année au cours des prochaines décennies. »

En 2012, lors de la réforme des retraites en France, le Sénat a supprimé une mention **relative au nouveau Comité de pilotage des régimes de retraite qui disposait**

que celui-ci est chargé de suivre « les conditions dans lesquelles s'effectue (...) la progression du taux d'emploi des personnes de plus de cinquante-cinq ans

pour atteindre en 2018 la moyenne des États membres de l'Union européenne ». Ne s'agissait-il pas de cacher l'influence communautaire dans la réforme? Pour preuve, la résolution du Parlement européen du 20 octobre 2010 sur la crise financière, économique et sociale qui précise que « le financement des pensions ne peut être entièrement laissé au secteur public, mais doit reposer sur des systèmes à trois piliers, comprenant des régimes de retraite publics, professionnels et privés, dûment garantis par une réglementation et une surveillance spécifiques destinées à protéger les investisseurs ».

Le 21 mai 2013, une résolution portant « sur une stratégie pour des retraites adéquates, sûres et viables incitant les États à « constituer des pensions professionnelles complémentaires par capitalisation » est approuvée. Il s'agit de réformer le premier pilier (répartition) en tenant compte « de l'évolution de l'espérance de vie » et « de bannir toute fixation d'âges pour un départ obligatoire à la retraite afin de permettre aux personnes qui le peuvent et qui le souhaitent de choisir de continuer de travailler au-delà de l'âge légal de départ à la retraite ».

Les systèmes de retraite anticipée y sont considérés comme inefficaces pour réduire le chômage. Les États sont également invités à développer les systèmes d'épargnes-retraite complémentaires privés.

De plus, dans une résolution du 29 mai 2013, les commissaires européens demandent à la France de « prendre des mesures d'ici à la fin de l'année 2013 pour équilibrer durablement le système de retraite en 2020 *au plus tard, par exemple en adaptant les règles d'indexation, en augmentant encore l'âge légal de départ à la retraite et la durée de cotisation pour bénéficier d'une retraite à taux plein et en réexaminant les régimes spéciaux, tout en évitant une augmentation des cotisations sociales patronales* ».

Au fil du temps la Commission concentre ses injonctions sur les complémentaires. En 2015 elle demande expressément de « prendre des mesures supplémentaires d'ici à mars 2016 pour ramener le système de retraite à l'équilibre, notamment en s'assurant que la situation financière des régimes de retraite complémentaire soit viable à long terme ». Un satisfecit est finalement accordé à l'État français en 2016: « Le système de retraite a gagné en « soutenabilité » en 2015 grâce à l'accord sur les régimes de retraite complémentaires mais il pourrait rester déficitaire sur le court à moyen terme, notamment dans des conditions macroéconomiques défavorables. De plus, les réformes des retraites menées précédemment ne

devraient permettre de réduire le haut niveau actuel du ratio des dépenses publiques de retraite qu'après 2025 ».

En 2018, l'appel à la fusion des régimes de retraites

Les recommandations de 2018 marquent un changement radical d'approche de la Commission qui considère :

« À l'heure actuelle, 37 régimes de retraite différents coexistent en France. Ceux-ci concernent différents groupes de travailleurs et fonctionnent selon différents ensembles de règles. Unifier progressivement les règles améliorerait la transparence du système, augmenterait l'équité intergénérationnelle et faciliterait la mobilité de la main-d'œuvre. Harmoniser les règles de calcul contribuerait également à un meilleur contrôle des dépenses publiques. Alors que les réformes des retraites déjà adoptées devraient faire baisser le niveau des dépenses publiques de retraite à long terme, un système de retraite plus simple et plus efficace générerait des économies supplémentaires et contribuerait à atténuer les risques sur la durabilité des finances publiques à moyen terme.

Selon une étude récente de la Fondation pour la recherche sur les administrations et les politiques publiques (l'iFRAP) l'alignement des différents régimes de retraite dans les secteurs public et privé pourrait générer plus de 5 milliards d'euros d'économies sur les dépenses publiques d'ici 2022 ».

Pour la Commission l'objectif de l'unification des régimes de retraite, c'est bien 5 milliards d'économies chiffrés par la très libérale iFRAP. Les recommandations de l'année 2018 constituent donc une impulsion pour la fusion des régimes de retraites et c'est « par hasard » la base du système « universel » de retraites annoncé dès 2017 par le candidat Macron.

Ce système universel doit fusionner l'ensemble des caisses de retraite et y lier des droits à un barème de points acquis individuellement en fonction des cotisations et des aléas de la vie professionnelle comme personnelle (période de chômage, congé maternité, maladie...). Reste à voir quels droits garantissent ces points. Car sous le prétexte d'une simplification c'est la perte des conquises liée à certains régimes et conditions de travail. Le fait que ce nouveau système soit moins solidaire va dégager l'État et donc les finances publiques de toute responsabilité et surtout va limiter la part des entreprises dans le financement.

Pour compenser le manque à gagner que provoqueront ces changements, les salariés devront participer à des fonds de pension et souscrire des assurances privées via le grand marché européen des retraites que la Commission est en train de construire. Le gouvernement a beau jeu de proclamer que la solidarité intergénérationnelle ne sera pas affectée, c'est celle entre cotisants, notamment en direction des femmes, des personnes ayant accompli des travaux pénibles, des personnes victimes du chômage qui est remis en cause par ce système de points individualisé.

L'inégalité des ressources va jouer dans l'accès aux produits financiers de pensions. Ce sont les principes fondamentaux qui ont présidé à l'établissement de notre modèle de sécurité sociale et de solidarité qui sont violemment attaqués.

Le projet de réforme systémique Macron.

Lors de son audition au sénat, le 24 octobre dernier, JP Delevoye haut commissaire chargé de la réforme des retraites, a indiqué : les observateurs européens nous disent que vous avez une situation des personnes âgées et retraité-e-se parmi les meilleures de l'OCDE (organisation de coopération et de développement économique), qu'il est pratiquement à l'équilibre financier, alors pourquoi changer ?

JP Delevoye argumente : « En 1945, gaullistes et communistes, les ministres A Croizat, A Parodi et le haut fonctionnaire, P. Laroque ont mis en place l'universalité des droits mais ils n'ont pas pu mettre en place l'universalité des régimes de retraite... Aujourd'hui, dans ce monde de l'inconnaissable, personne ne peut dire ce que sera demain. Tout est en train de changer. La solidité de la retraite de chacun ne peut reposer sur la solidité des professions. Il faut imaginer, non une réforme, mais un système universel accompagnant les parcours professionnels afin que la retraite soit un juste reflet de votre travail quel que soit le statut et la localisation. »

En fait, comme l'indique la CGT : « Il est de notoriété publique que le projet Macron vise à faire en sorte que les retraites qui représentent actuellement 14 % du PIB (produit intérieur brut) n'en représentent plus à terme que 12 %. Cela signifie une baisse très forte des pensions servies (sans même compter l'accroissement du nombre de retraité.e.s). Bernard Thibault, membre du Bureau International du Travail de l'OIT (Organisation Internationale du Travail), insiste sur les derniers chiffres publiés par l'OIT qui montrent que 74 % de la population mondiale est privée de toute protection sociale. Ce qui

s'explique aussi bien souvent par l'absence de cadre légal au travail : 60 % du travail relève du travail informel auquel, par définition, aucun droit social n'est adossé. En Europe 25 % des emplois relève de l'économie informelle. 24 pays ont modifié leur système de retraite sous l'impulsion de la Banque mondiale et du FMI (fonds monétaire international) pour soi-disant « renationaliser » leur système de retraite. Les richesses sont de plus en plus captées par le capital au détriment du travail au point où l'OIT tire la sonnette d'alarme sur les risques de déstabilisation de l'économie mondiale. »

Derrière le débat sur les retraites, c'est donc un débat plus général, sur l'ensemble de la protection sociale, les enjeux de société, qu'il faut ouvrir, pour une très grande mobilisation internationale, pour l'Humain d'abord.

La retraite vue par les Européens. Aviva, BFM Business et Challenges ont rendu public en novembre 2018 un grand sondage européen sur les retraites.

Premier enseignement de cette enquête Odoxa : les Français en moyenne, souhaiteraient partir à la retraite à 59 ans mais ils pronostiquent qu'ils ne partiront qu'à ... 65 ans ! La France est d'ailleurs le pays d'Europe où l'on souhaite partir le plus tôt : 59 ans contre 61 ans en moyenne en Europe et même 62 ans en Allemagne. Les Européens pronostiquent eux aussi un départ plus tardif que leur souhait : 67 ans (contre 61 ans en souhait) ... et la France est encore le pays où le pronostic de départ est le plus tôt (65 ans contre 67 ans en moyenne et même 69 ans en Italie).

Deuxième enseignement, les Français sont très attachés à leur système de retraite mais ils sont extrêmement pessimistes sur son avenir. Les Français pensent que leur pays a le meilleur système de retraite en Europe : à 43% ils le placent en 1^{ère} position, 10 points devant l'Allemagne et plus de 30 points devant la Grande-Bretagne.

De fait, les Européens ne les contredisent pas et placent effectivement la France à un très bon niveau en Europe : 2^e ex-aequo (avec la Grande-Bretagne) derrière l'Allemagne... Mais ça c'était avant ! Car pour l'avenir, les Français sont extrêmement inquiets : 9 sur 10 se disent inquiets concernant l'avenir du système de retraite dans leur pays.

Par ailleurs, les Français pensent qu'ils disposeront de moins de 30 000 euros annuels de revenus prévus pour leur retraite. Ce niveau fait de nous, avec les Italiens, les plus pessimistes d'Europe. A l'inverse, les britanniques sont les plus confiants sur leurs revenus à la retraite : alors que seulement 12% des Français pensent qu'ils toucheront plus de 40 000 euros et que 70% pensent qu'ils toucheront moins de 30 000 euros, les Britanniques sont presque trois fois plus nombreux à penser qu'ils gagneront plus de 40 000 euros (31%) et sont, inversement, minoritaires (47%) à penser qu'ils gagneront moins de 30 000 euros.

La peur des vaccins, un phénomène complexe ?

Par le Dr Michel Limousin

La question de la méfiance du grand public face aux vaccins se pose de nouveau aujourd'hui. C'est un vrai problème de santé publique.

Les vaccins ont constitué une grande avancée dans la lutte contre les maladies infectieuses microbiennes ou virales. On cite toujours l'exemple de la variole qui a été complètement éradiquée. C'était une maladie mortelle ou gravement invalidante. Le vaccin était efficace mais il n'était pourtant pas sans risque puisque dans un cas sur un million il entraînait une variole avec soit de graves séquelles neurologiques soit la mort par encéphalite (comme la maladie). Pourtant ce risque était accepté car le rapport bénéfice / risque était très favorable. La variole était une maladie à contamination interhumaine spécifique terrifiante. Lorsque le dernier cas humain a été traité, l'Organisation mondiale de la santé a décidé après un temps de latence de sécurité d'arrêter la vaccination au niveau mondial. D'une certaine façon l'enjeu était collectif et non pas individuel ; c'était une mesure de santé publique obligatoire non soumise à l'appréciation individuelle. Il y avait une adhésion large des populations à cette mesure d'ordre public.

Aujourd'hui les choses sont différentes. L'adhésion individuelle aux campagnes de vaccination ne se fait pas facilement.

Il y a plusieurs raisons à cela :

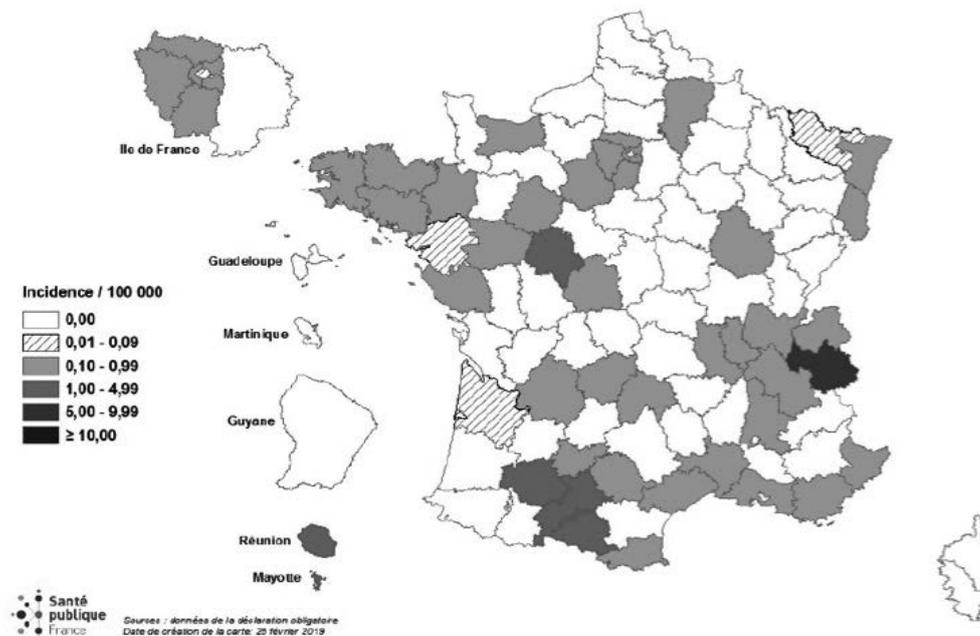
1. le progrès médical a été tel que les gens ont perdu l'expérience de ces maladies transmissibles dans les pays développés et ils font moins le lien avec la prévention mise en place.
2. L'individualisme s'est répandu dans la société et chacun veut être maître de son destin. L'individu ne comprend pas que sa propre vaccination sert à protéger les autres. Pour qu'une population soit correctement protégée par la vaccination, il est communément admis par les statisticiens que 95 % des gens doivent être vaccinés. Cela empêche l'agent pathogène de se propager et ainsi les personnes qui n'auront pas été vaccinées seront, elles aussi, protégées. Il peut s'agir de personnes qui ont une contre-indication médicale justifiée
3. Des erreurs de communication ont joué un rôle aggravant. Par exemple quand le ministre de la santé Bernard Kouchner a arrêté la campagne de vaccination scolaire anti-hépatite B de l'ensemble des enfants parce que certains avançaient dans les médias l'idée qu'il y avait un risque de développement de sclérose en plaques, la population en général, en vertu du principe de précaution, a préféré s'abstenir de vacciner les enfants contre l'hépatite B. Or cette hépatite est une maladie vraiment dangereuse. Les preuves scientifiques ont été apportées qu'il n'y avait aucun risque particulier lié à cette vaccination mais le doute était dans les têtes.
4. L'attitude des laboratoires de production a joué un rôle négatif aussi. Ils sont totalement orientés vers le profit : c'est de plus en plus évident aux yeux de tous. Il s'ensuit là aussi un doute. Est-ce qu'on me vaccine pour mon bien ou pour le profit des multinationales du médicament ? Y a-t-il un risque de compromission des décideurs publics ? Des affaires récentes sèment le trouble...
5. Enfin de nombreux lobbies réactionnaires antiscientifiques sont à l'œuvre en particulier sur internet. Certains courants pseudo-écologistes se mobilisent. Ceci ajoute au désarroi de la population. Une campagne contre les sels d'aluminium présents dans les vaccins perdure ; pourtant l'ensemble des organisations de médecins (pédiatres, épidémiologistes, médecins de santé publique) se sont prononcées clairement sur ce sujet. Mais le bruit de fond de la crainte continue.

Où en est-on aujourd'hui ?

Des maladies comme la rougeole ont fait leur réapparition avec des morts à la clé. Le dernier point de situation concernant la rougeole, qui vient d'être publié par Santé publique France, insiste sur l'existence de foyers épidémiques actifs. Depuis le 1^{er} janvier 2019, 244 cas ont été recensés. Ils se situent en Savoie avec 48

cas à Val-Thorens et 5 cas dans les vallées voisines. Début février, l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes avait affirmé l'existence de 18 cas identifiés depuis janvier dans cette station de ski. Les autres foyers se situent en Haute-Garonne avec 15 cas dans une communauté de gens du voyage, à La Réunion avec 36

cas déclarés depuis décembre 2018, et à Mayotte avec 14 cas déclarés depuis le 1er janvier 2019. 91 % des cas déclarés sont survenus chez des personnes non ou mal vaccinées. 30 % des cas déclarés de rougeole ont donné lieu à une hospitalisation, dont 4 cas en réanimation. Voici la carte :



Santé publique France

Concernant les méningites on observe des cas sporadiques mais toujours graves. Lorsque cela arrive, les gens se font vacciner en masse du fait du risque de contagion de proximité (par exemple dans les collectivités scolaires : universités, écoles, etc.). Là ils ont peur et se mobilisent.

Un mot concernant le vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

Le directeur général de l'Organisation mondiale de la santé, le Dr Ghebreyesus, a appelé à agir pour éliminer le cancer du col de l'utérus. Dans la revue *The Lancet Oncology*, des chercheurs australiens ont fait des projections sur l'incidence de ce cancer à travers le monde, en fonction de différents scénarios de dépistage et de vaccination contre le papillomavirus humain (HPV) responsable. Si rien de plus n'est fait, il y aura 44,4 millions de cancers du col dans le monde dans les 50 prochaines années (2020-2069) et 15 millions de décès dans les pays en développement ou émergents. En revanche, la situation serait bien différente dans le scénario le plus optimiste, avec un dépistage et une vaccination pour tous. Cette projection se base sur une augmentation très rapide de la couverture vaccinale,

qui atteindrait 80-100 % d'ici à 2020 avec le vaccin large spectre. Dans ce cas de figure, le cancer du col de l'utérus pourrait être éliminé dans le monde d'ici à la fin du siècle. Pour les pays en développement, le large déploiement d'un dépistage basé sur le test HPV, 2 fois dans la vie à l'âge de 35 et 45 ans avec une couverture de 70 % permettrait d'éviter de 12,5 à 13,4 millions de cas dans les 50 prochaines années. Le taux de couverture vaccinale de la France est aujourd'hui l'un des plus bas en Europe (moins de 20 % de la population cible). Cette question est connue depuis plus de 10 ans en France, mais les gouvernements successifs n'ont rien fait : la raison est financière (de l'ordre de 140 € par dose). Il y a chaque année environ 1 000 femmes qui meurent dans notre pays de ce cancer qui peut être évité. On laisse la charge à la famille. C'est scandaleux. Une réforme publique de fixation du prix des médicaments devient là aussi urgente.

Il faut sans cesse expliquer, convaincre. Et mettre en œuvre les moyens financiers et organisationnels. Dans ces conditions l'obscurantisme reculera et la santé s'améliorera.

En finir avec les déserts médicaux, en finir avec la régulation par le marché de l'offre médicale

Par le Dr Boris Campos

Tout politicien professionnel porté sur la question de l'offre de soins de premier recours (qui dépend essentiellement de la répartition de la population médicale) en a conscience : insinuer qu'il faudrait "commencer-à-envisager-de-restreindre-modestement" la liberté d'installation, c'est s'exposer à une immédiate levée de bouclier des principaux représentants du corps médical. La profession se montre très attachée à ce principe et jusqu'à présent aucun ministre de la santé n'a eu le courage politique de s'y opposer frontalement.

Liberté d'installation : le terme choisi pour ce pilier de la médecine libérale n'est pas innocent. Il est difficile au premier abord de s'opposer à une "liberté". En défendant la liberté d'installation, les représentants du corps médical se posent en héros de la liberté en général, pourfendant la volonté de mainmise d'un État bureaucratique. Cette posture vise à gagner le soutien de la population. Mais au fond, cette "liberté" est une manière hypocrite de désigner ce qui constitue en réalité une régulation de la profession par le marché : la concurrence comme moyen de répartition de la population médicale. Et dans ce cadre, les principes de la médecine libérale ne se réduisent pas à la seule liberté d'installation. Cette dernière est complétée par l'entente directe sur les honoraires (liberté tarifaire du praticien et paiement direct par le patient), la liberté de choix du praticien par le patient et la liberté de prescription, l'ensemble étant historiquement chapeauté par le paiement à l'acte⁽¹¹⁾. Chacun de ces éléments permet d'assurer la concurrence. L'idée est simple : les mécanismes du marché assurent une offre de soin diversifiée, à des prix variables et le patient va où bon lui semble. Si la demande est forte, l'installation de nouveaux médecins sera un succès. Si la demande est faible ou l'offre trop importante, de faibles revenus inciteront des médecins à aller s'installer ailleurs.

Les choses, pourtant, ne sont pas si simples. N'en déplaise aux libéraux, la logique concurrentielle créée

et entretien des inégalités. Pour ce qui est de l'offre médicale, bien que vingt fois plus nombreux qu'en 1900, les médecins sont aujourd'hui encore plus inégalement répartis⁽¹²⁾ qu'à l'époque. Il y a des inégalités entre nord et sud de la France, villes et campagnes, centres et périphéries, quartiers aisés et quartiers pauvres⁽¹³⁾. Et alors que les médecins avaient l'habitude de tirer la sonnette d'alarme à propos d'une prétendue pléthore médicale, le phénomène inverse s'accroît depuis des années. Il s'agit dorénavant de lutter contre l'extension des déserts médicaux et la surcharge de travail. Estimant qu'une grande partie du problème — et donc de la solution — réside dans les fondements même du modèle actuellement dominant de la médecine de ville, nous examinerons un à un les principes sur lesquels repose la médecine libérale.

Le **paiement à l'acte**, pour commencer, consiste au paiement du praticien après chaque acte de soins (consultation, suture, pose d'implant contraceptif, etc.), que ce soit par le patient (paiement direct) ou par un organisme tiers d'assurance maladie (Tiers-payant ou dispense d'avance de frais), ce dernier organisme pouvant être public ou privé. C'est le mode de rémunération dominant en médecine de ville et, depuis 2009, il a été étendu au système hospitalier sous le nom de tarification à l'activité (aussi appelé T2A). Nous reviendrons plus longuement sur le paiement à l'acte dans un article consacré aux enjeux de la médecine moderne. Disons simplement ici qu'il génère une course à l'acte (la version soignante du "travailler plus pour gagner plus") et ne valorise que ce qui est "coté" : l'aspect curatif des soins. Le temps que consacre un professionnel de santé libéral à de la prévention ou à la concertation avec des collègues pour discuter d'un cas complexe n'est pas rémunéré. Les limites du paiement à l'acte sont d'ailleurs tellement palpables que les pouvoirs publics cherchent à diversifier les modes de rémunération dans l'espoir d'améliorer

11 Une régulation par le marché pourrait cependant aussi s'accommoder d'un paiement à l'acte ou à la performance, disons que le paiement à l'acte est son milieu "naturel" qui permet aux autres principes de s'appliquer. La capitation, par exemple, remettrait en cause l'entente directe.

12 <https://www.universalis.fr/encyclopedie/sante-inegalites-territoriales-de-sante-en-france/>.

13 « Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours » <https://journals.openedition.org/eps/6177>.

les pratiques, notamment en ouvrant la possibilité d'indemniser les temps de réunion.

Le paiement à l'acte s'oppose au paiement à la fonction, c'est-à-dire au salariat. Ce dernier mode de rémunération permettrait pourtant d'intégrer le temps consacré à la prévention et à la concertation pluriprofessionnelle directement au temps de travail, tout en libérant le professionnel de fastidieuses tâches administratives et en lui permettant d'accéder à un statut conférant une meilleure protection sociale que le libéral. Ces avantages, combinés au poids de la gestion libérale, font que le salariat présente un attrait pour les nouvelles générations de médecins, à la recherche d'un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée. Pourtant, aux yeux des représentants de la médecine libérale, le salariat ne rencontre que méfiance et hostilité.

L'**entente directe** combine la liberté tarifaire par le praticien et le paiement direct par le patient après les soins. Le principe de la **liberté tarifaire** est partiellement remis en cause par le conventionnement avec l'assurance maladie obligatoire : en s'engageant à demander au patient un tarif qui a été négocié avec la sécurité sociale, le praticien exerçant en "secteur 1" ne dispose plus de la liberté tarifaire. Le montant d'un acte n'est plus le résultat d'une négociation directe entre le praticien et le patient mais entre la profession et l'organisme d'assurance maladie. D'individuelle, la négociation tarifaire devient collective. C'est une protection indéniable pour le malade. Mais on aurait tort de croire que cela serait contraire aux intérêts du corps médical : en solvabilisant des centaines de milliers de patients, la sécurité sociale a considérablement augmenté la demande de soins - et a permis d'assurer des revenus conséquents à une population médicale plus importante qu'avant.

De plus, c'est un principe qui n'a que partiellement été remis en cause. Il persiste la possibilité de pratiquer des dépassements d'honoraires en restant conventionné (tarification du secteur 2) ou en exerçant hors convention, permettant la pratique d'honoraires libres et dans ce cas sans remboursement par la sécurité sociale. Ces honoraires doivent être déterminés avec "tact et mesure", comme le préconise le code de déontologie médicale. C'est par ces dispositions que chaque année, avec tact, avec mesure, plus de 2,5 milliards d'euros sont soustraits aux patients⁽¹⁴⁾, directement ou indirectement (via les complémentaires). La possibilité de réaliser des dépassements d'honoraires

est une concession des créateurs de la sécurité sociale à la conception libérale de la médecine. Nous considérons que c'est une erreur qui permet le développement d'une médecine à deux vitesses. C'est pourquoi nous sommes pour l'abolition du secteur 2 et des pratiques "hors convention".

Pour ce qui est du **paiement direct**, en France, le paiement du médecin par le patient est la règle. Le tiers-payant est minoritaire. Devoir avancer les frais génère pourtant des reports ou des renoncements aux soins, comme le montrent toutes les études⁽¹⁵⁾. Comment expliquer la résistance de la profession à une mesure qui favoriserait l'accès aux soins ? Les raisons sont en partie techniques. Si le recouvrement de la part sécu fonctionne bien (moins de 1 % de rejet), il persiste de nombreux dysfonctionnements au recouvrement de la part complémentaire. Ces dysfonctionnements engendrent une augmentation du temps de travail administratif. Mais ce n'est pas seulement une question technique. Une série d'arguments idéologiques est souvent mise en avant, comme le fantasme de la surconsommation de soins - et donc de l'augmentation irrationnelle des dépenses de santé - que la "gratuité" de l'accès au soin entraînerait⁽¹⁶⁾. Mais, au fond, ce qui dérange le plus, c'est probablement que le lien avec l'organisme-payeur principal deviendrait alors tellement évident que l'on se demanderait pourquoi il ne deviendrait pas un organisme-employeur.

Libre choix du praticien par le patient : la liberté de choix du praticien fait partie de ces principes qui semblent aller de soi. Pourtant, ce principe masque une réalité concrète où le choix dépend de la densité médicale, du degré d'urgence des soins, du plateau technique nécessaire ou des compétences requises. Plus les soins seront urgents, spécialisés ou techniques, plus le choix du patient sera restreint. L'autre limite concrète est celle du porte-monnaie. Dans certaines agglomérations, le "libre choix" d'un praticien en secteur 2 ou hors convention fait partie des possibilités pour qui en a les moyens. Les plus pauvres ont donc un "libre choix" plus restreint. Il ne s'agit pas de dire qu'il faudrait imposer une patientèle aux soignants et réciproquement. La possibilité d'obtenir un deuxième avis médical est, par exemple, un garde-fou indispensable. Mais parler de libre choix du praticien comme liberté abstraite alors

14 « Dépassements d'honoraires : quels praticiens sont les plus concernés ? » 1 déc. 2017, <http://www.lefigaro.fr/economie/le-scan-eco/dessous-chiffres/2017/12/01/29006-20171201ARTFIG00026-depassements-d-honoraires-quels-praticiens-sont-les-plus-concernes.php>. Ce chiffre est à mettre en balance avec les 18 à 19 milliards d'honoraires totaux du pays.

15 « Lutte contre le renoncement aux soins | ameli.fr | Établissement de santé. », <https://www.ameli.fr/etablissement-de-sante/exercice-professionnel/service-patient/lutte-contre-le-renoncement-aux-soins>.

16 « Le tiers-payant est-il inflationniste - Irdes. » <http://www.irdes.fr/Publications/Rapports2000/rap1296.pdf>.

que coexistent des honoraires variables, c'est accepter concrètement des inégalités d'accès aux soins.

Il nous semble plus pertinent de mettre en avant la participation et le libre choix du patient dans la prise en charge. Pour pouvoir faire un choix éclairé et agir en conséquence, le patient doit disposer des éléments lui permettant d'apprécier les bénéfices espérés, les risques et les incertitudes de la prise en charge proposée. Les professionnels de santé doivent être formés à développer ce type de relation avec leurs patients.

Liberté de prescription : elle s'entend tout à fait dans le sens de l'indépendance vis-à-vis d'organismes non soignant. L'effet thérapeutique doit primer sur l'aspect économique. Rappelons alors que la liberté de prescription n'a de sens que lorsqu'est garanti le libre accès au traitement. Une des conditions de la liberté de prescription est donc l'existence de la sécurité sociale, un système solidaire qui garantit le libre accès des patients aux traitements. Les défenseurs libéraux de la liberté de prescription sont pourtant loin d'être les premiers à agir pour défendre la sécurité sociale.

La liberté de prescription est évidemment limitée par le panel des molécules disponibles. Elle est donc régulée par les organismes qui délivrent les autorisations de mise sur le marché et qui décident de son niveau de remboursement public. Les médicaments remboursés sont censés avoir démontré leur efficacité, les médicaments qui ne le sont pas sont ceux qui sont inutiles, voire dangereux — et alors on peut légitimement se poser cette question : dans l'intérêt de qui ces médicaments sont-ils laissés sur le marché ? Le marché du médicament se distingue des autres par la présence d'un intermédiaire entre l'offre et la demande — le médecin — et par le caractère majoritairement public du financement de la demande (l'argent ne provient pas directement du "consommateur"). La loi française limitant la réclame auprès du patient, la cible du marketing se concentre sur le médecin. Pour augmenter son volume de vente — et donc son profit- un laboratoire doit influencer le prescripteur, il doit interférer avec son "libre-choix" dans la prescription. Le médecin est donc au cœur du conflit entre intérêt privé (les bénéfices du laboratoire) et intérêt général (le choix du bon traitement — pas forcément médicamenteux — au bon moment). Pour arriver à ses fins, le laboratoire dispose de tout un arsenal : organisation de congrès, financement d'études cliniques, visiteurs médicaux, babioles, invitations à des présentations dans des lieux de haut standing, etc. À l'échelle mondiale, les

sommes dépensés se comptent en milliard de dollars⁽¹⁷⁾. L'enjeu est à la mesure des profits générés par ce secteur industriel.

L'industrie pharmaceutique, en cherchant à favoriser la prescription de telle ou telle spécialité, cherche à faire primer l'aspect économique - sa rentabilité - à l'effet thérapeutique. La liberté de prescription ne concerne donc pas seulement une indépendance vis-à-vis des autorités publiques. Elle doit concerner l'ensemble des organismes ou entreprises présentant un potentiel conflit d'intérêts avec l'intérêt collectif. Les groupes d'experts rédigeant des recommandations de bonne pratique doivent par exemple être dénués de tout conflit d'intérêts. On peut de plus estimer que les médecins ne devraient pas avoir le droit de prescrire des médicaments inutiles ou dangereux - et donc réduire leur liberté en retirant du marché les médicaments considérés comme tels. Pour défendre la liberté de prescription dans son entièreté, il faut la libérer de la pression de l'industrie. Et pour cela, nous considérons que le meilleur moyen est de socialiser la production des médicaments. Cela permettrait de supprimer le conflit d'intérêts entre les producteurs du médicament et les consommateurs.

Face au développement des déserts médicaux, la première **réponse des pouvoirs publics** est de chercher à influencer les mécanismes du marché. C'est le sens des **mesures incitatives** à l'installation. Pour combler les zones déficitaires, il suffirait d'attirer des médecins en leur proposant des conditions attractives. Sauf que ces mesures coûtent cher et leur efficacité est contestée. Pire encore, cette réponse repose sur une mise en concurrence des territoires, dans un contexte de baisse des dotations globales de fonctionnement. Les communes en difficultés doivent trouver les ressources leur permettant d'être compétitives au regard des médecins : gratuité de loyer, exonération fiscale, avantages en nature parfois loufoques⁽¹⁸⁾... Aux dysfonctionnements d'un système basé sur la concurrence, les pouvoirs publics s'engagent encore plus avant dans la concurrence.

L'autre levier, l'**augmentation du nombre de médecins formés**, est une évidence mais ne sera pas suffisant non plus. Le problème du nombre de médecin est

17 En France, c'était plus de 2 milliards d'euros en 2017 d'après les chiffres fournis par le puissant lobbie pharmaceutique, le LEEM. « Industrie pharma en France : réduction de la voilure... - PharmAnalyses. » 9 mai. 2018, <http://pharmanalyses.fr/industrie-pharma-en-france-reduction-de-la-voilure/>.

18 « Un maire promet un duplex de 140 m² et un bateau pour attirer un... » 31 juil. 2018, https://immobilier.lefigaro.fr/article/un-maire-promet-un-duplex-de-140-m2-et-un-bateau-pour-attirer-un-medecin_d40f1b9c-93ff-11e8-b205-a50084ea3881/.

distinct de celui de leur répartition. En fait, le problème ancien des inégalités de répartition est mis en exergue par le problème nouveau du déficit d'offre de soin. Dans le cadre d'une régulation par le marché, il aura beau y avoir plus de médecins, la question de leur inégale répartition ne sera pas résolue pour autant. L'augmentation du nombre de médecin doit donc être couplée à une régulation qui permette une distribution équitable de la population médicale : une régulation publique. Et si la concurrence craint la pléthore, ce n'est pas le cas d'un service public disposant des moyens à la hauteur de ses ambitions. Pour les professionnels, cela permettra de diminuer leur temps de travail, pour les patients cela facilitera l'accès aux soins et permettra de réduire le délai de rendez-vous. Et d'ici à ce que la société estime qu'il y a trop de médecins, il y a de la marge.

Pour rendre les conditions de travail attractives sans toucher au cadre de la médecine libérale, les pouvoirs publics et une partie des représentants du corps médical prônent le regroupement des professionnels dans des **Maisons de Santé Pluriprofessionnelles** (MSP). L'ambition affichée est de créer une structure permettant la coordination de différents professionnels. Dans les faits, la création récente de centaines de MSP s'accompagne peu d'un changement de pratiques⁽¹⁹⁾. Elles ressemblent un peu trop à des cabinets de groupe, où l'intérêt principal réside dans les économies d'échelles. Passer d'un exercice regroupé à un exercice coordonné nécessite, entre autres, le décloisonnement des logiques soignantes dès la formation universitaire et sa reconnaissance par sa valorisation financière.

Au paiement à l'acte, nous défendons le paiement à la fonction. À l'entente directe, nous défendons l'abolition du secteur 2 et la généralisation du tiers payant intégral. La liberté de prescription, nous souhaitons la protéger de l'influence de l'industrie et nous y ajoutons le libre accès au traitement pour le patient. Au libre choix du praticien, nous privilégions le libre choix du patient dans la prise en charge. À la régulation par le marché de l'offre de soin, nous défendons une régulation publique et un maillage territorial rationnel de structures publiques de soins de premier recours. Actuellement, la prestation de soins médicaux est principalement une production privée garantie par un financement public. Nous souhaitons résoudre cette contradiction par la création d'un service public de santé, incluant le développement, la production

et la distribution du médicament. Cela ne signifie pas que nous nous opposons aux médecins libéraux. Cela signifie que nous rejetons les principes fondateurs de la médecine libérale.

19 « Les maisons de santé pluriprofessionnelles en France : une... - Cairn. » <https://www.cairn.info/revue-francaise-d-administration-publique-2017-4-page-887.htm>.

Le Mali annonce une initiative de gratuité des soins de santé Il pourra s'inspirer de l'exemple de la Sierra Léone

Par Fousséno Sissoko expert en communication en santé

La dialyse, la planification familiale, les soins pour les femmes enceintes, les enfants de moins de 5 ans et les vieux de 70 ans seront désormais gratuits au Mali dans toutes les structures de santé publique. Cette annonce gouvernementale a été faite au terme de l'atelier sur la réforme du système de santé de haut niveau organisé à Bamako du 25 au 28 février 2019. Les experts participant à la rencontre ont invité le gouvernement malien à s'inspirer à la fois de l'échec de la gratuité des soins de santé au Sénégal, au Niger, au Burkina Faso, et de la réussite de l'expérience de la gratuité des soins en Sierra Léone, qui est en somme le centre d'intérêt de cet article.

Les taux de mortalité infantile et maternelle au Mali sont parmi les plus élevés au monde. Selon les données de l'UNICEF, le Mali occupe le neuvième rang des pays ayant le taux de mortalité infantile le plus élevés. Sur 1 000 bébés nés dans le pays en 2016, 36 sont décédés avant la fin du premier mois. Les indicateurs de santé du Mali sont parmi les plus faibles de la sous-région avec des taux de mortalité maternelle et infantile respectifs de 368 décès pour 100 000 naissances vivantes et 56 pour 1000 naissances vivantes. De nombreuses personnes n'ont pas accès aux services de santé en raison d'une pénurie de l'offre vis-à-vis de la demande. Enfin, le fonctionnement des structures de santé dans les régions nord et centre a été négativement impacté par la crise socio-sécuritaire que connaît le pays depuis 2012.

La combinaison de l'ensemble de ces indicateurs à problèmes a révélé la faiblesse et les limites du système de santé mis en place par la politique sectorielle de santé et de population en 1990. Il fallait reformer en profondeur ce système de santé en vigueur depuis plus deux décennies. En intégrant une donne nouvelle, la gratuité des soins. En même temps, le gouvernement s'engage par la voie du Pr Samba Ousmane Sowa, ministre de la Santé publique à revisiter à la fois son engagement dans le financement de la santé et la politique de recouvrement des coûts. *“En effet, le Mali n'a dépensé que 0,85 % du PIB en soins de santé et 4,32 % du budget national révisé en 2018. Les frais d'utilisation quant à eux représentent un obstacle financier majeur aux soins de santé. 46 % de la population ayant besoin de soins n'auraient*

pas utilisé les services de santé parce qu'ils sont trop chers. C'est donc conscient de cette situation et de ses causes que le gouvernement du Mali s'est engagé dans une réforme en profondeur du système de santé pour corriger ces maux et créer la dynamique qui lui permettra d'améliorer de façon significative et durable l'état de santé de sa population”, a-t-il signifié.

La réforme du système de santé avec la gratuité des soins.

Du 25 février au 1^{er} mars 2019, près de 406 experts et professionnels participants à l'atelier de haut niveau sur la réforme de la santé, ont partagé la vision et l'orientation stratégique de la réforme de la santé à l'horizon 2030 en validant le document stratégique de cette réforme ainsi que son cadre de mise en œuvre. Les acteurs de la santé ont recommandé entre autres: le renforcement du plateau technique à tous les niveaux de la pyramide sanitaire, la définition du paquet d'activité des établissements de santé. Les participants ont invité le gouvernement à entreprendre une communication intense pour une meilleure compréhension de la population sur la gratuité des soins, à accélérer le processus d'adoption des textes applicables à la gratuité, à expérimenter l'initiative à travers un projet pilote avant sa mise à l'échelle.

Pour ce qui est du financement de la gratuité des soins, les acteurs ont recommandé une évaluation du coût de la gratuité par cible (estimation du coût par personne et un forfait par an par cible), la mise à l'échelle du financement basée sur les résultats. Cette évaluation du financement de la gratuité doit être faite sur la base des estimations financières du gouvernement malien. En effet, le gouvernement malien estime les coûts de la gratuité à 6 milliards de Francs CFA pour la première année 2019 et 69 milliards en 2022. Une opération qui nécessite une allocation annuelle de 6 % du budget national au secteur de la santé.

Si le Mali parvient à gagner ce pari, « nous serons les plus heureux », affirme le syndicat des travailleurs de l'hôpital Gabriel Touré de Bamako... Gagner ce pari, relève de la fiction, le combat est ailleurs, dit Djimé Kanté,

le porte-parole du syndicat des travailleurs de l'hôpital Gabriel Touré, il faut d'abord, ajoute-t-il, « équiper les hôpitaux nationaux avant de rendre les soins gratuits ». Pour Dr Bagayoko Moussa, médecin chef de district, Centre de Santé de référence de Dioila (localité située à une centaine de kilomètres de Bamako, la capitale du Mali), il ne s'agit d'accélérer le processus de gratuité des soins, il faut, dit-il, « *un arrêté interministériel définissant les contours de cette gratuité tout en veillant à éviter les erreurs commises par un certain nombre de pays de la région comme le Niger* ». Le Niger a privilégié l'achat et l'approvisionnement des structures de soins en intrants grâce à des financements bilatéraux et multilatéraux. Ce qui a été une mauvaise option. Le Dr Bagayoko estime que le gouvernement malien doit opérationnaliser la gratuité des soins à travers l'institutionnalisation d'un système de tiers payant 1, identique à ce qui se fait dans le cadre de l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO) 2, en d'autres termes la promotion des tickets modérateurs. Malheureusement, comme nous le verrons avec l'exemple de la Sierra Léone, les tickets modérateurs 3 ont constitué un obstacle essentiel à la réussite de la gratuité et à l'accès aux soins de santé.

Le Mali invité à s'inspirer de l'exemple de la Sierra Léone

Le Mali, tout comme la Sierra sont tous deux pays post-conflits dans la région Afrique de l'Ouest 4, même si le Mali l'est plus récemment. En Sierra Léone par contre, une longue guerre civile qui a pris fin en 2002, a paralysé le pays et affaibli ses systèmes de santé. Pour améliorer les résultats en matière de santé de la population, le gouvernement de la Sierra Léone a lancé en 2010, l'initiative visant à rendre les services de santé gratuits. Il s'agissait de supprimer les tickets modérateurs pour les femmes enceintes, les mères allaitantes et les enfants de moins de 05 ans.

En quoi l'exemple de la Sierra Léone peut-il servir de leçon pour le Mali ?

Les enseignements que le Mali peut tirer de l'initiative de gratuité de soins de en Sierra Léone sont nombreux. De prime abord, on y apprend la nécessité de donner au système de santé le temps de se préparer. Pas d'improvisation. Pour que l'offre réponde à la demande croissante, comme le disent les spécialistes la demande supplémentaire née de la gratuité des soins ; il faut entre autres :

- Augmenter le montant des sommes allouées aux services de santé pour faire face aux besoins croissants

en médicaments, professionnels de santé et produits de première nécessité

- Réaliser une étude sur la marge budgétaire qui pourrait permettre au ministère des finances et aux donateurs des indicateurs de santé macro-économiques, de se rendre compte que la suppression du ticket modérateur n'aura pas d'incidence importante sur le budget (car les tickets modérateurs apportent peu de ressources aux budgets nationaux) et qu'il peut être remplacé par des formes de financement beaucoup plus progressives, telles que la fiscalité des entreprises.
- Davantage de professionnels de la santé devront être repartis dans tout le pays pour pouvoir faire face à l'augmentation de la demande. Il convient de noter qu'au-delà de l'expérience de la Sierra Léone, dans tous les pays où les tickets modérateurs ont été supprimés, des augmentations de salaire ont été négociées afin de compenser les efforts supplémentaires fournis par les professionnels de la santé pour répondre à la demande accrue
- Plus de médicaments et de produits destinés à des groupes cibles spécifiques devront être achetés et fournis.
- Une planification minutieuse et une distinction entre recouvrement des coûts et médicaments gratuits seront essentielles.

Les autres enseignements qui peuvent être tirés de cette initiative de gratuité des soins en Sierra Léone :

- Se concentrer sur la qualité des soins dès le départ, sans quoi, celle-ci diminuera davantage encore faute de ressources
- Investir dans le développement institutionnel du ministère de la Santé afin de gérer la politique et le système de santé, en évitant les systèmes parallèles et en renforçant les capacités de planification et de dotation en personnel
- Élaborer une politique de financement de la santé afin que la suppression des tickets modérateurs soit institutionnalisée sur le long terme
- S'engager aux côtés des communautés pour faciliter le transport vers les dispensaires
- Diffuser des informations sur les droits et les avantages en matière de santé et sensibiliser la population aux signes de danger relatifs aux femmes et aux enfants.

Le gouvernement malien, concluent les spécialistes, a besoin de suffisamment d'informations et de clarification sur l'expérience de la Sierra Léone, s'il veut réussir son processus de gratuité des soins de santé, et contribuer

à améliorer les systèmes de santé et l'accès aux services de santé pour tous.

NOTES

1. Le tiers-payant est un système qui permet, sous certaines conditions, d'être dispensé des frais de santé. Il peut s'agir d'une dispense partielle ou totale selon les cas. Le professionnel sera directement rémunéré par l'Assurance Maladie et la complémentaire santé, ce qui évite au patient d'avancer une somme d'argent. On distingue le tiers-payant total, qui évite toute dépense, du tiers-payant partiel qui implique d'avancer uniquement le ticket modérateur (la part non prise en charge par l'Assurance Maladie).
2. AMO (Assurance Maladie Obligatoire). L'Assurance Maladie Obligatoire est une des réformes les plus importantes du Mali en matière de protection sociale depuis l'indépendance. Instaurée en 1999, elle a pour objet de permettre aux catégories concernées d'accéder aux soins de santé à moindre coût. Elle est basée sur la solidarité: « on cotise selon ses moyens et on est pris en charge selon ses besoins »
3. Le ticket modérateur est la somme restant à la charge de l'assuré après déduction du remboursement de l'Assurance Maladie lors d'une dépense de santé publique. Il concerne l'ensemble des dépenses de santé remboursable, de la simple consultation aux examens de radiologie en passant par l'achat de médicaments prescrits par un professionnel de santé.
4. Région Afrique de l'Ouest/ Pays région Afrique de l'Ouest: Bénin, Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Guinée Conakry, Sierra Léone, Libéria, Guinée Bissau, Niger, Togo, Mali, Sénégal, Gambie, Nigeria.

Hommage au Docteur Jean Buisson

**Par Docteur Thierry Clément,
médecin directeur du CMS d'Aubervilliers de 1997 à 2011**

Jean Buisson, médecin, ancien directeur du centre municipal de santé d'Aubervilliers (Seine-Saint-Denis), ancien maire adjoint PCF de Livry-Gargan, officier de l'ordre national du mérite est décédé à l'âge de 82 ans le mardi 5 mars 2019.

Parler de Jean Buisson, le médecin, le clinicien expérimenté, l'homme de terrain, de ses multiples engagements n'est pas chose aisée. L'ayant remplacé au centre de santé en 1997, je sais combien ses patients lui étaient attachés. C'était un homme dévoué, attentif et disponible. Pour beaucoup son départ a été vécu comme un déchirement, la perte d'un proche, d'un confident, et assurer sa succession n'a pas toujours été facile. Je me souviens que lors de son départ en retraite, le 22 juin 1997, Jack Ralite nous avait rappelés, devant sa famille, ses collègues et ses nombreux ami-e-s, ce que furent les premières années de sa vie : « Jean Buisson, avait-il dit, est né à Provins, dans l'immédiat après-guerre, où ses parents tenaient une bijouterie-horlogerie, son père étant aussi artisan. Il a une sœur Bernadette née après la guerre... Bachelier à 16 ans il quitte Provins pour Paris faire Médecine. Paris c'est d'abord pour lui la découverte, la liberté, le cinéma, le jazz et bien sûr les études et à l'hôpital Laennec, en 1957 la rencontre avec une infirmière, Viviane, qui deviendra sa femme en 1959. Ils auront ensemble quatre filles. »

Jean Buisson fut un personnage clef de la ville d'Aubervilliers. Comme aimait le dire Jack Ralite, Il a mis en place au centre de santé « des innovations que la loi ou pour le moins l'organisation de la Santé n'avait pas prévues ». Sa vie personnelle, sa vie professionnelle, sa vie politique et syndicale « composantes indissociables » comme le disait encore Jack Ralite furent guidées par la nécessité de servir l'autre. Passionné par la pratique médicale et le travail en équipe, il intègre le centre de santé d'Aubervilliers en 1965 comme médecin vacataire et en deviendra le médecin directeur de 1970 à 1997 mais également directeur du Service Communal d'Hygiène et de Santé. De 1969 à 1997, il fut à l'hôpital Avicenne, assistant dans le service de rhumatologie puis attaché de consultation, et fut nommé praticien hospitalier en 1990. Ce positionnement lui permit de tisser des liens forts avec

l'hôpital Avicenne et de nombreux médecins du CHU ont assuré des consultations « avancées » au centre Dr Pesqué. Je cite à ce propos un passage de son discours du 27 octobre 1989 pour les 25 ans du CMS évoquant les grandes évolutions techniques dont ne pouvait se doter le centre : « Est-ce dire qu'une telle structure sera périmée demain ? Je suis sûr du contraire. Entre ces établissements de haute performance technique et les praticiens exerçant sous forme individuelle le fossé risquerait de se creuser aux dépens des malades si des établissements comme le nôtre, lieu de rencontre, d'investigations ambulatoires, de pratique pluridisciplinaire eu plus près des gens ne jouaient pas un rôle essentiel »

En 1976, il participait avec d'autres grands noms des centres de santé (Jean Reigner, Georges Godier, Jean François Rey) et des jeunes médecins de l'époque (Joël Le Corre, Marc Schoene, Jean Luc Gallais) à un numéro de la revue du praticien qui réunissait les responsables des médecins de groupe libéraux et ceux exerçant en centre de santé autour du thème « des différentes formes d'exercice de la médecine praticienne en équipes » ; et cela plus de 40 ans avant que ces sujets ne deviennent les points récurrents de l'actualité de l'organisation de notre système de santé. Je cite quelques extraits de son article : « Les médecins de centre de santé ne se contentent pas d'un exercice l'un à côté de l'autre, mais veulent pouvoir exercer ensemble »... « Qui dit équipe médicale dit travail en équipe, non seulement entre médecins mais, également avec d'autres professionnels de santé, notamment les infirmières, les kinésithérapeutes, les dentistes, les puéricultrices à domicile, là où elles existent, et avec les travailleurs sociaux ». « Le fait le plus important de l'évolution est me semble-t-il la volonté des jeunes médecins de pouvoir exercer dans de telles structures médicales... » car ils « souhaitent exercer au sein d'une équipe pluridisciplinaire, permettant une meilleure organisation de leur travail... ». « Nous constatons une évolution vers une prise en charge plus globale de la personne associant prévention et soins »

« Il est nécessaire que soit trouvé avec la sécurité sociale un autre mode de rémunération du fonctionnement, que le seul paiement à l'acte... »

Il a conçu le centre de santé comme complémentaire à médecine libérale de ville et à l'hôpital. Il a également développé une politique de prévention sur la Ville et mis en œuvre nombre d'actions de santé publique notamment en direction de la jeunesse dont la continuité fut ensuite assurée par le Service Communal d'Hygiène et de Santé.

On ne peut parler de Jean Buisson sans évoquer son engagement auprès des patients confrontés à des problèmes d'alcool. Ceux-ci, délaissés par la médecine, ne trouvaient pas jusqu'alors de structures et des professionnels formés et à l'écoute de leurs difficultés. Sensibilisé par une association d'anciens buveurs dans le cadre de son activité hospitalière, il va s'atteler à améliorer la prise en charge de ces patients. Dès 1970, il crée des consultations d'hygiène alimentaire. Suite à la circulaire de Simone Veil en 1975, le premier Centre d'Hygiène Alimentaire voit le jour au sein du centre de santé d'Aubervilliers. À la même période le Dr Buisson devient responsable de la capacité de toxicomanies et alcoologie à la faculté de Bobigny. Il était également expert auprès du HCEIA : Haut comité d'étude et d'information sur l'alcool. C'est l'origine des nombreux CHA qui vont ouvrir, grâce à ses disciples, dans d'autres centres de santé municipaux du département. Mais la bataille n'était pas finie, et c'est en 1983, alors qu'il faisait partie du cabinet de Jack Ralite, alors ministre de la santé, qu'est rédigée la circulaire sur la création des CHAA.

Mais l'alcoologie et la collaboration avec l'hôpital ne furent pas les seuls champs d'innovation sur lesquels il s'aventura. Le centre de santé d'Aubervilliers fut également, au début des années 1970, un précurseur avec le Dr Joëlle Brunerie en matière de contraception et d'IVG. Cette activité avait été rendue publique en 1973 et la ville, tacitement solidaire de ce combat, permit la poursuite de ces avortements semi-clandestins. Elle fut encadrée légalement par la création du premier centre de planification au sein d'un centre de santé en 1974. (réf: http://archives.aubervilliers.fr/IMG/pdf/5c154_1994-10_opt_cle0bfcc8.pdf).

Rappelons également que Jean Buisson fut secrétaire général de l'Union Confédérale des Médecins Salariés de France de 1974 à 1977 et son président de 1984 à 1994. Engagé contre la guerre en Algérie et les crimes perpétrés par l'OAS, Jean Buisson, entrera en politique en adhérant au Parti Communiste Français en 1962. Il fut en outre, adjoint au Maire dans sa commune de Livry-Gargan de 1983 à 2008.

Pour finir je laisserai le dernier mot à Jack Ralite dont il fut le collaborateur pendant toutes ces années: « Tu es un homme de la prévention, un écouteur d'autrui, un coordinateur des médecins et acteurs de santé ». « Précurseur en légalité, solidaire en humaniste, je trouve que ça te va pas trop mal »

J'ai une pensée particulière pour sa sœur Bernadette, pédiatre en PMI et au centre de santé, très investie tant comme praticienne qu'en santé publique et dans le milieu associatif, avec qui j'ai travaillé avec bonheur de nombreuses années.

Communication du Dr Beaupin Président de l'Institut Jean-François REY (IJFR) lors des journées d'étude de l'association Soins Primaires Pluriprofessionnels Innovation Recherche

L'Institut Jean-François Rey, l'IJFR, a été créé en 2016 afin de soutenir la recherche en soins primaires dans le secteur des centres de santé. Il est le fruit d'un partenariat réfléchi entre professionnels salariés des centres de santé et représentants de leurs gestionnaires. L'Institut Jean François Rey est le co-créateur de l'association SPP-IR en compagnie de la Fédération des maisons de santé. C'est en introduction au séminaire sur la recherche en soins primaires organisé à Paris les 11 et 12 janvier 2018 que cette communication a été présentée, au nom de l'IJFR.

Les pratiques en équipe sont un standard de qualité communément admis aujourd'hui. Et pourtant la médecine d'équipe fut une innovation de rupture en son temps. Dès 1962, les médecins de centres de santé en avaient fait le thème de leur second congrès, en opposition résolue avec la pensée dominante de l'époque dans notre pays. Jean-François REY fut quant à lui dans les années soixante le promoteur de l'expérience des centres de santé mutualistes de la région de Marseille, associant mouvement des usagers mutualistes et médecins engagés dans la médecine sociale. Et le fondateur de l'association pour le développement de la médecine d'équipe, dont l'IJFR est pour une part un héritier.

Médecine d'équipe et protection sociale

L'avenir des services de santé de proximité est aux organisations collectives et aux réponses territoriales. Ces services de santé revendiquent les enseignements de l'hygiène publique, des bureaux d'hygiène issus de la Loi de 1902, des dispensaires d'hygiène sociale, et de la lutte pour l'accès à l'eau potable et à l'assainissement. Les questions auxquelles nous sommes confrontés de nos jours prolongent la lutte contre ce qu'on appelait par le passé les fléaux sociaux. La tuberculose, la syphilis, la mortalité infantile, pour n'en citer que quelques-uns. Luttés dont les succès furent longtemps l'apanage exclusif de la santé publique. Avant qu'au tournant des années trente du siècle dernier, la médecine ne commence à devenir enfin progressivement efficace, aux côtés de la santé publique.

L'équité et l'accessibilité des soins sont au cœur des vocations des professionnels de santé. Un récent

rapport de l'Organisation Internationale du Travail, organisme des Nations Unies basé à Genève, nous apprend que 29 % seulement de la population mondiale bénéficie d'un système de protection sociale complet. Les soignants auraient tort de perdre de vue que leurs actions quotidiennes ne seraient qu'impuissance et frustration, sans l'assise d'une protection sociale solide. Ils auraient beaucoup à perdre si la protection sociale solidaire s'affaiblissait au profit de systèmes d'assurances complémentaires concurrentiels, assis sur les revenus des ménages, et créateurs d'inégalités d'accès aux soins.

Faire de la connaissance un bien commun

À l'heure où la Stratégie nationale de santé entend développer la recherche en soins primaires, il nous faut mentionner deux points de vigilance. Le premier concerne le financement de la recherche en soins primaires et plus généralement, le financement de la recherche sur les services de santé. A défaut d'être toujours reconnue avec loyauté, l'influence de la pensée économique sur la pensée bio-médicale est amplement décrite. En matière de soins primaires, qui pourrait croire que des acteurs économiques ne souhaitent pas orienter l'action des soins primaires dans un sens favorable à leurs intérêts? Influencer sur les connaissances, sur la diffusion de celles-ci? Influencer sur les types de pratiques médicales? Sur les fédérations professionnelles et sur les associations de patients? Sur les médias et sur les décideurs publics? Tout est ouvert. En cela, les lobbies sont dans leur rôle, leur rôle de défense de leurs intérêts économiques propres. Acteurs de la recherche en soins primaires, à nos places respectives, soyons collectivement nous aussi dans notre rôle. A savoir celui de garantir à la population que seuls l'intérêt général et son propre intérêt nous animent. Pour que la connaissance soit toujours plus un bien commun, agissons-nous aussi. Soyons assez influents pour que la production de connaissances soit assise sur des financements publics, dans un cadre non lucratif.

Nous défaire de notre croyance dans le progrès

Second point de vigilance, l'influence de nos croyances individuelles et collectives. C'est vers le IV^e siècle avant Jésus-Christ que la médecine occidentale a pris son

autonomie par rapport à la religion, avec Hippocrate. Depuis lors, les croyances et la médecine cheminent ensemble, consubstantielles de la vie des patients et de l'action des soignants. Religion et médecine tentent de répondre aux mêmes interrogations sur la vie et la mort, interrogations qui ont commencé depuis que l'espèce qui est la nôtre a acquis la conscience de sa propre existence et de son terme. Terme pris à l'échelon individuel, celui face auquel la médecine a un rôle à jouer. Sans perdre de vue, dans le paysage des idées, les interrogations soulevées par la prolifération au sein du vivant d'une seule espèce, la nôtre, au détriment des autres espèces ainsi que de la planète physique sur laquelle elle se déploie. Mais c'est un autre débat.

Poser ces questions alors que les acteurs de soins primaires entendent évoquer recherche et connaissances au plus près des habitants, c'est une invitation à nous défaire de nos croyances individuelles et collectives dans *le progrès*, qui guiderait la médecine vers un avenir toujours meilleur. Et une invitation à nourrir la *pensée médicale*. Alors qu'elle peine encore à digérer l'explosion des techniques rencontrée au cours du siècle écoulé, la *médecine* s'apprête à affronter les bouleversements annoncés de la révolution informationnelle, dans ses métiers et ses organisations.

Mirko Grmek dans son histoire de la pensée médicale occidentale citait Marc Bloch dans son Apologie pour l'histoire pour qui "*l'incompréhension du présent naît fatalement de l'ignorance du passé*" avant de poursuivre en confessant n'aborder l'histoire des hôpitaux qu'incidemment, seulement "*dans la mesure où ces institutions ont exprimé ou influencé la pensée médicale de leur temps.*" C'est un précieux repère pour les travaux sur les soins primaires, concept inscrit à la fois dans le champ politique et dans le champ de la pensée médicale. Politique et médecine, deux registres n'ayant rien de commun. Sauf leur objet commun, l'humain.

Vers des politiques publiques fondées sur des preuves

Les soins primaires sont en effet un objet politique qu'il convient de considérer comme tel si ses acteurs veulent agir utilement. Objet politique qui trouve son fondement historique dans la conférence internationale d'Alma Ata en 1978, sous l'égide de l'OMS et de l'Unicef. Deux agences des Nations Unies, organe politique mondial s'il en est. Relevons un élément de contexte encourageant. Après la médecine fondée sur les preuves, nous assistons dans notre pays à un mouvement en faveur

de décisions politiques elles aussi basées sur les faits. Pour ne prendre qu'un seul exemple, la stratégie nationale de santé 2018-2022 adoptée fin décembre dernier par le gouvernement préconise de "*développer la recherche interventionnelle et l'évaluation des actions menées*" ce qui est bien, mais aussi et c'est mieux encore de "*faciliter l'utilisation des résultats de ces travaux pour l'aide à la décision des acteurs et des responsables des politiques de santé.*" On ne saurait mieux dire.

Le dossier : la loi « Ma santé 2022 »

Le projet de loi relatif à « l'organisation et à la transformation du système de santé » : une étape dans la mise en œuvre du projet global ultralibéral de Macron...

Par Frédéric Rauch

Traduction législative du projet stratégique macroniste, la loi « Ma santé 2022 » lancée au printemps dernier s'inscrit dans la cohérence globale du projet politique et économique : tout pour le capital et toujours moins pour les besoins humains et sociaux. Le gouvernement entend poursuivre, tambours battants, sa marche dans l'organisation de la baisse des dépenses publiques, de la marchandisation de la santé et de la protection sociale.

D'un côté les attaques tous azimuts pour s'attaquer au « coût du travail » : loi Travail, réforme de l'assurance – chômage, exonérations des cotisations patronales sans précédent, bascule dans la fiscalisation de la protection sociale ; de l'autre transformation du rôle de l'État, le projet de dévitalisation de toute notion de service public : ainsi se met en place, plus ou moins subtilement un projet de société tournant le dos à toute solidarité, d'intérêt général, d'universalité et d'égalité, un projet de société basé sur le « chacun pour soi » et à la marge l'assistanat assorti d'obligations !

Notre système de santé n'échappe pas à ce « grand lessivage » libéral : moins de service public de santé, moins d'hôpitaux, d'hôpitaux publics concrètement, priorité à la médecine libérale, lever toutes les contraintes à la marchandisation des soins et investissements. Avec l'imposture sémantique qui caractérise la politique actuelle, ce projet de loi entend répondre à la crise de l'hôpital par sa « modernisation », en pratique, en en chassant les malades, sans même construire une vraie prise en charge ambulatoire. L'exemple typique en est la conception d'hôpitaux de proximité, vidés de tout service public actif pour accueillir les médecins libéraux et parquer les malades les plus vieux.

Le PLFSS 2020 devrait parfaire le dispositif financier enclenché avec les deux premiers de l'ère Macron/Buzyn.

Précaution :

Ce texte de loi (illisible pour le commun des mortels!) s'inscrit dans la longue suite des textes de lois qui prétendent

« réformer en profondeur » notre système de santé : la dernière en date est la loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 qui institue les groupements hospitaliers de territoire (GHT) et les communautés professionnelles de territoire de santé » (CPTS) entre autres Il faut replacer aussi les dispositions des PLFSS depuis quelques années, qui, prenant appui notamment sur les rapports du Haut conseil de la Sécurité sociale, introduisent, sous couvert de l'expérimentation toutes les bases d'un système à l'américaine, avec la labellisation de réseaux de soins et le financement au parcours de soins (ou à la séquence de soins...) : en exemple le « zéro reste à charge » pour les lunettes et autre dispositifs... dans lequel nombre de « mutuelles » se sont engouffrées ouvrant la voie aux complémentaires privées et aussi sur-complémentaires!

Mais les questions de financement ne font pas l'objet de ce dernier texte!

Il introduit les conditions de mise en œuvre de trois des chantiers « prioritaires » du gouvernement dans son projet stratégique, tel que présenté en septembre 2018 : « ma santé 2022 » :

1. L'organisation territoriale, les ressources humaines et la formation, le numérique
2. Les deux autres : la qualité et pertinence des actes et les modes de financement et de régulation seront traités dans le PLFSS 2020, préparé par un futur rapport Aubert... À suivre

Enfn : les méthodes habituelles du gouvernement sont en œuvre : un certain nombre de dispositions sont en cours : l'intégration poussée des GHT, la négociation avec les médecins de ville pour installer les « assistants médicaux » en échange d'une productivité poussée des consultations médicales... La nature et les conditions de mise en œuvre des principales dispositions feront l'objet d'ordonnances ou de décrets d'État au mépris du débat démocratique!

Nous pouvons mesurer l'importance que les communistes s'emparent du contenu des enjeux et de nos propositions (Plans d'urgence Hôpital public, EHPAD et financement

Sécu) pour alimenter un immense débat de masse... et les luttes, leur intensification...

EXPOSE DES MOTIFS

Traduction : de l'usage (ou l'usure!) de l'imposture sémantique, ou l'art et la manière de « surfer » sur le constat largement partagé des dysfonctionnements et/ ou « obsolescence » du système de soins de notre pays — dont les causes principales sont les politiques d'austérité suivies depuis plus de trente ans — mais aussi sur les aspirations, les revendications de la population et les professionnels de santé : Il convient de partir des patients et des professionnels qui sont les meilleurs experts de leur situation !

Pour légitimer sa réforme structurelle le gouvernement utilise l'expression même des besoins par ces derniers :

- La fin du Numérus Clausus (NC) pour les études médicales
- L'exigence de décloisonnement entre la ville et l'hôpital, avec la superpuissance du concept de « proximité »
- Le besoin d'assouplissement, de simplification administrative...

Avant de souligner le caractère profondément nocif et destructeur des principaux articles, il faut bien intégrer les processus engagés pour vraiment changer la nature de notre système de santé et ses finalités :

- Diminuer au maximum la place de l'hôpital public (encore la part la plus importante des dépenses de maladie). Le gouvernement utilise la transition épidémiologique (part grandissante des maladies chroniques, le vieillissement de la population) et les progrès médicaux et techniques pour réduire à sa portion congrue la réponse aux soins aigus (maternités, chirurgie, urgences...): toucher à ces activités c'est réduire des lits, donc les dépenses du personnel.

- S'appuyer sur les dysfonctionnements ville /hôpital pour faire la part belle à la médecine libérale

L'axiome généralisé de décloisonnement : du financement, de l'organisation des soins et des exercices professionnels et de formation (médecine libérale, hôpitaux et le médico-social) achève la domination des critères de gestion privée et financière dans notre système de santé public : en ce sens nous assistons à un processus de privatisation de l'intérieur (valable pour tous les services publics !)

- Un processus de « responsabilisation » du patient qui cache en fait l'individualisation dans la réponse aux besoins de santé!

Titre I^{er} : Décloisonner les parcours de formation et les carrières des professionnels de santé

Chapitre I : Réformer les études en santé et renforcer la formation tout au long de la vie

Il s'agit des formations en médecine, en pharmacie, en dentaire et de sage-femme. La « disparition du numerus clausus » annoncée est clairement de la poudre aux yeux. C'est en réalité une simple mise en conformité avec Parcoursup. La sélection existera encore, mais sera plus masquée, va accentuer les inégalités et la reproduction sociale, sans parler des passe-droits étant donné l'opacité des critères de sélection. La réforme des épreuves classantes (ECN) à la fin du second cycle présente le même : risque de favoritisme/piston et également de « spécialisation » trop précoce des étudiants dans le but d'avoir la spécialité qu'ils souhaitent. La communication ministérielle parle de 20 % de médecins formés en plus. Ce que la loi prévoit, c'est une augmentation limitée à une année, pour gérer la transition et les redoublants.

Propositions :

- Former au moins 12 000 médecins par an
- Donner des moyens supplémentaires aux universités
- Déterminer démocratiquement les besoins (et non par l'arbitraire des ARS)
- Engager une vraie concertation sur le contenu des études et les modes d'évaluation

Chapitre II : Faciliter les débuts de carrières et répondre aux enjeux des territoires

Le contrat d'engagement de service public existait déjà. Il est étendu aux médecins à diplôme étranger hors UE. Ce contrat est essentiellement signé en début d'études car il permet de financer les études, par des étudiants souhaitant déjà s'installer en zone rurale et n'a donc pas d'effet incitatif! Un statut de l'étudiant serait plus adapté (cf. les propositions de l'UEC). Il est orienté vers la médecine générale alors que d'autres spécialités sont tout aussi déficitaires comme la psychiatrie ou la médecine du travail. Le décret fixant le nombre d'étudiants ou d'internes pouvant bénéficier de ce dispositif pour l'année universitaire 2018-2019 vient de sortir : ce nombre est de 561. Cela témoigne du peu d'ambition de la ministre!

Chapitre III: Fluidifier les carrières entre la ville et l'hôpital pour davantage d'attractivité

Le gouvernement veut transformer par ordonnance le statut des médecins hospitaliers (l'essentiel du statut des praticiens hospitaliers date de J. Ralite) pour leur permettre de travailler aussi en libéral en ville et permettre à des médecins libéraux de travailler à l'hôpital. Cela évite de réduire les inégalités de revenus entre public et privé et c'est l'abandon de la notion de service public!

Titre II: Créer un collectif de soins au service des patients et mieux structurer l'offre de soins dans les territoires

Chapitre I^{er}: Promouvoir les projets territoriaux de santé

Rien de nouveau: déjà prévu dans la loi de modernisation de 2016. C'est un conglomérat de tous les « projets médicaux »: GHT, contrats locaux, et tous les projets des établissements privés et du médico-social. Ils sont à l'initiative des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), prévue par la loi de 2016. Selon le document de septembre 2018 il y aurait 200 projets de CPTS... Avec un objectif de 1 000 CPTS à l'horizon 2022, négociées et contractualisées avec les ARS. Le périmètre « pertinent » se situerait entre 20 000 et 100 000 habitants. Ce qui n'est pas dit dans la loi: ce sont les objectifs prioritaires de ces CPTS: limiter les fameux parcours de soins à la gestion de l'activité non programmée et gérer les personnes âgées à domicile. Au-delà du discours laissant la place à l'initiative locale, le dernier mot revient aux ARS dont on connaît les logiques de rentabilité et la soumission aux ordres « d'en haut ».

Enfin, aucune place n'est faite à la médecine salariée de ville: il nous faut porter l'ambition d'un maillage territorial de centres de santé, en lien avec les hôpitaux.

Chapitre II: Développer une offre hospitalière de proximité, ouverte sur la ville et le secteur médico-social, et renforcer la gradation des soins

Pour ces importantes dispositions de ce projet de loi, toutes prises par ordonnances, il faut se référer au document de septembre 2018: La « labellisation de 500 à 600 « hôpitaux de proximité » et la généralisation de la gradation des établissements hospitaliers sont les deux armes pour aller plus vite dans la fermeture de lits, de services et d'hôpitaux. 500 à 600 hôpitaux généralistes vont perdre leur maternité, chirurgie et urgences. Ces

supposés hôpitaux de proximité prendraient en charge les maladies chroniques et la gériatrie, avec un plateau technique minimum (labos, radiologie...). Leur activité serait principalement composée de consultations et de service de soins de suite.

La gradation entre « hôpitaux de proximité », hôpitaux spécialisés et hôpitaux d'excellence et CHU va là aussi écrémer les offres de soins « redondantes ou insuffisamment efficaces » en termes de rentabilité. Le gouvernement a l'outil pour aller vite: modifier réglementairement le régime des autorisations des activités... en ne renouvelant pas telle ou telle autorisation pour les MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique).

Conclusion: moins d'offres de soins, concentration dans les grandes métropoles et moins de proximité pour toute la population, quels que soient les besoins! À noter l'opposition avec la mobilisation sociale des Gilets Jaunes essentiellement périurbaine et rurale, marquée par la mise en cause de l'inégalité territoriale des services publics dont ceux de santé. De plus cette réforme est contre-productive en freinant l'envie d'installation des jeunes médecins si les hôpitaux se vident de leurs ressources.

Chapitre III: Renforcer la stratégie et la gouvernance médicale au niveau du groupement hospitalier de territoire et accompagner les établissements volontaires pour davantage d'intégration

Pour faire court: « donner un os à ronger » aux personnels médicaux, tout en les intégrant. Quant à la plus forte intégration des GHT: elle est déjà en œuvre dans tous les territoires, avec les fusions rampantes, les directions uniques de GHT. C'est surtout un appel du pied pour que le privé s'investisse plus dans les GHT.

Principales dispositions:

- - Mise en place de Commission médicale de GHT (déjà prévue par la loi de 2016) mais rien quant à ses prérogatives.
- - Trésorerie commune au niveau des GHT (comme si cela allait donner de l'air aux établissements étranglés); idem pour les programmes d'investissement et les plans globaux de financement pluriannuels uniques.
- - Mais il est aussi prévu de faire des économies sur les représentants du personnel en autorisant les établissements faisant partie d'un GHT « à adapter, unifier ou substituer tout ou partie de leurs instances représentatives... »!

Titre III : développer l'ambition numérique en santé

Pour cette partie, il faut savoir lire entre les lignes et donc prendre le temps de reprendre tous les textes du Code de la santé publique cités.

Chapitre I^{er} : Innover en valorisant les données cliniques

Pour résumer :

La Caisse nationale d'assurance maladie qui détient l'essentiel des données de santé et jusqu'alors responsable des traitements ne le sera plus. Le groupement d'intérêt public « Institut national des données de santé » devient « plateforme des données de santé ». Celui-ci peut procéder « pour le compte d'un tiers à des opérations nécessaires à la réalisation de traitement des données issue du système national des données de santé pour lequel ce tiers a obtenu une autorisation... ». Ce sont les assurances privées qui vont s'en donner à cœur joie. La finalité du recueil des données de santé n'est plus « des recherches, des études ou des évaluations à des fins de santé publique » mais « des traitements de données concernant la santé ». Les données de santé vont être marchandisées.

Chapitre II : Doter chaque usager d'un espace numérique de santé.

Chaque usager du système de santé pourra ouvrir son espace numérique avec son numéro identifiant d'assuré social et ainsi avoir accès à son dossier médical partagé (DMP) alimenté par les différents acteurs de santé ; DMP toujours pas opérationnel malgré les sommes astronomiques déployées depuis plus de trente ans. De plus rien n'est conçu pour les professionnels, ce qui semble aberrant, à moins de vouloir basculer dans un système « à l'américaine » où le patient est un client qui choisit « librement » les meilleures prestations de santé... Avec les deux autres dispositions ; la télémédecine et les télé-soins, l'usager lambda va passer beaucoup de temps devant son écran, tout seul, en se rongant les ongles. Avec la numérisation, nous sommes dans l'individualisation à outrance, laissant beaucoup de monde hors du « système », sur la base de la construction de mauvaises réponses aux besoins exprimés d'avoir accès à de fiables informations, d'être partie prenante de sa santé et non pas « responsable de sa santé », fausse réponse à la pénurie de professionnels de santé qui va s'aggraver. Ce qui est sûr : les 300 millions d'euros dotés par le PLFSS 2019 qui iront aux fabricants de logiciels !

Conclusion

Les alternatives existent : elles sont urgentes et efficaces socialement et économiquement. Les moyens de financement sont là : immédiatement il faut en finir avec les cadeaux aux entreprises tels que le CICE porté à 42 milliards pour 2019, les 71 milliards d'exonérations... Pour répondre aux immenses défis des besoins de santé et des nouvelles potentialités scientifiques et technologiques, telle que le numérique, de nouvelles recettes sont nécessaires pour la Sécurité sociale :

- **Élargir l'assiette de la cotisation sociale aux revenus qui échappent à la cotisation**
- Instituer une taxe additionnelle sur les revenus financiers des entreprises
- Moduler les cotisations patronales en fonction de critères d'efficacité économique et sociale (salaires, formation, emplois durables...)

Ces mesures de salubrité publique permettraient de financer à hauteur les besoins d'emplois des hôpitaux publics, des EPHAD... La volonté austéritaire est aussi la raison du corsetage antidémocratique de notre système de soins : redonner du pouvoir aux salariés et à leurs organisations syndicales dans l'organisation du travail, donner une vraie place aux élus et aux usagers dans l'évaluation des besoins et des réponses apportées est indispensable pour répondre aux besoins concrets des populations.

La réforme Ma santé 2022. Un pas de plus vers l'abîme

Par Jean-Paul Domin, Regards (EA6292),
Université de Reims Champagne-Ardenne

Annoncé à grand renfort de communication en septembre dernier, le plan « Ma Santé 2022 » a été présenté par Agnès Buzyn en Conseil des ministres le 13 février 2019 et a été voté en première lecture à l'Assemblée nationale le 26 mars. On y retrouve pêle-mêle la suppression du *numerus clausus* dans les facultés de médecine, la labélisation des hôpitaux dits de proximité, la mise en œuvre de la santé numérique. Mais, la mise en œuvre des hôpitaux de proximité constitue, à ne pas en douter, le nœud du projet de loi. Le projet, pourtant présenté à l'origine comme permettant de lutter contre les déserts médicaux, abandonne définitivement les mesures contraignantes à l'égard des médecins libéraux et accélère la fermeture des petits établissements.

Une mesure inefficace : en finir avec le *numerus clausus* pour lutte contre les déserts médicaux

Depuis de nombreuses années, l'évolution de la carte hospitalière est au cœur de la réforme. L'actuel projet de la ministre de la Santé est de labéliser entre 500 et 600 hôpitaux de proximité sans chirurgie ni maternité, mais recentrés sur la médecine générale, la gériatrie et certaines consultations de spécialité. En pratique, le projet suppose que certains établissements (les hôpitaux généraux) vont être transformés. Des services de chirurgie et d'obstétriques vont être fermés et recentrés sur de plus gros établissements. À terme, il ne devrait plus rester que trois niveaux : les hôpitaux de proximité, les hôpitaux généraux et les Centres hospitaliers universitaires où se regroupera l'élite régionale de la médecine et de la chirurgie. L'objectif est de réduire l'étendue des déserts médicaux en créant des hôpitaux de proximité.

La lutte contre les déserts médicaux est une constante dans la politique de santé. La première mesure, mise en avant par le projet de loi, est de supprimer le *numerus clausus*. Ce dernier, mis en œuvre depuis 1971, a pour objectif de limiter le nombre d'étudiants en médecine passant en deuxième année afin de réduire le nombre de médecins en exercice. L'objectif affiché par la ministre de la Santé, Agnès Buzyn, est d'augmenter à terme le nombre de médecins de 20 %. Cette mesure est particulièrement symbolique de la volonté du ministère

de la Santé d'abandonner définitivement l'idée de réguler la médecine libérale. En effet, la France avec une moyenne de 310 médecins pour 100 000 habitants en 2016, est en dessous de la moyenne européenne : 360 praticiens pour 100 000 habitants (UE 15 hors Grèce et Portugal). La France se caractérise surtout par une répartition inégale de l'offre médicale sur le territoire (déserts médicaux).

Pourtant, des solutions existent contre les déserts médicaux. La première est envisagée par la Cour des comptes qui estime nécessaire d'abandonner la politique incitative et de passer à une régulation plus contraignante. En d'autres termes, il s'agirait de conditionner l'exercice en secteur libéral (pour de jeunes praticiens) à une installation, pour une durée déterminée, en zone sous-dense. Une seconde solution consisterait à autoriser les médecins libéraux à pratiquer des honoraires libres (secteur 2) contre une installation en zone sous-dense. Cette mesure aurait deux effets immédiats. D'une part, elle permettrait de renforcer l'accès en secteur conventionné (secteur 1) dans les zones sur-denses. D'autre part, elle inciterait certains praticiens à s'installer (en secteur 2) dans des zones sous-denses.

La volonté gouvernementale d'abandonner les mesures contraignantes à l'égard des médecins libéraux relève d'un calcul politique évident : éviter d'effrayer un électorat potentiel à quelques semaines d'échéances électorales. La ministre de la Santé ne fait que perpétuer des choix politiques qui ont été faits par ses prédécesseurs au début des années 1990 : faire peser sur l'hôpital les réformes les plus dures (mise en place de la tarification à l'activité, généralisation des méthodes de management, etc.) et ménager la médecine libérale, qui peut constituer un allié politique, notamment en lui permettant de recevoir des revenus supplémentaires. La mise en œuvre et la généralisation de la rémunération sur objectifs de santé publique en constituent un exemple caractéristique. Il a toujours été politiquement préférable d'inciter financièrement les médecins, plutôt que de les contraindre.

La mise à la casse des petits établissements publics

La réforme telle qu'elle a été imaginée va bouleverser considérablement le paysage hospitalier français. En effet, actuellement trois types de structures cohabitent. Les Centres hospitaliers régionaux et universitaires (CHU) dont la mission est de fournir des soins spécialisés pour l'ensemble de la population d'une région. Les Centres hospitaliers qui prennent en charge les malades pour des séjours en service de médecine, chirurgie ou obstétrique et les centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Les Centres hospitaliers vont être particulièrement touchés par la réforme puisque certains seront transformés en hôpitaux de proximité, ces derniers assurant, selon le projet de loi « *le premier niveau de la gradation des soins hospitaliers et contribuant par des coopérations étroites avec les acteurs de la ville et du médico-social à des soins de proximité de qualité* ». D'autres établissements publics de ce type risquent de fermer définitivement.

Les patients et les personnels paieront la note de la réforme. Les premiers risquent de voir l'offre hospitalière se modifier de façon considérable. Tout porte à croire que certains centres hospitaliers seront définitivement supprimés, d'autres fusionneront. Les patients en feront les frais. Les distances et les temps d'accès aux soins spécialisés augmenteront de façon conséquente. Aujourd'hui, 6 % de la population est à plus de 30 minutes des urgences. Des régions comme la Nouvelle Aquitaine (9,0 %), l'Occitanie (9,3 %) et le Centre Val de Loire (9,5 %) sont au-dessus de la moyenne nationale. La loi constitue une bien curieuse façon de lutter contre le développement des déserts médicaux. La suppression de certains établissements aura également des effets délétères sur les personnels. Ces derniers ont déjà vu leurs conditions de travail se dégrader avec la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Les personnels font déjà face à une pression temporelle accrue, la transformation de leur environnement de travail risque d'accroître encore le malaise hospitalier.

Enfin, la loi profitera principalement aux établissements privés lucratifs. En effet, la disparition de certains centres hospitaliers publics permettra aux cliniques privées de trouver de nouveaux débouchés et de développer leur activité en ouvrant des services de chirurgie ambulatoire ou des services d'obstétrique qui auront disparu des hôpitaux de proximité. Or, ces cliniques ne s'implanteront pas dans des déserts médicaux, mais dans le voisinage immédiat des centres

hospitaliers, avec qui elles sont incitées à collaborer depuis le plan Juppé (1996). Ce n'est pas un hasard si leur rentabilité économique ne cesse de croître depuis quelques années : leur croissance repose sur le recul du secteur public. En 2016, leur résultat net était de 3,7 % de leur chiffre d'affaires, le niveau le plus élevé depuis douze ans. Le retrait progressif des établissements public dans le secteur de la santé profite donc pleinement au secteur privé lucratif. Une aubaine pour un secteur en pleine croissance.

Cette nouvelle réforme constitue un pas de plus vers l'abîme. Depuis plus de trente ans l'hôpital public est à la dérive, sous les coups de butoir du libéralisme. La mise en œuvre des méthodes managériales a déjà profondément transformé l'activité des soignants. La réforme du financement, la tarification à l'activité, incite les établissements à accroître la productivité. La loi en discussion va accélérer la fermeture des établissements, après celle des blocs opératoires. Après elle, il ne restera plus qu'à vendre les hôpitaux à la découpe aux grands groupes hospitaliers privés. Ils ne demandent que ça.

Loi santé d'A. Buzyn : quelles doivent être nos priorités revendicatives ?

Par le Dr Christophe Prudhomme

Quatre questions apparaissent comme essentielles :

- les hôpitaux de proximité;
- les Groupements hospitaliers de territoires (GHT);
- la formation des professionnels de santé;
- les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS).

Deux autres questions ne doivent pas être oubliées mais nous les avons déjà abordés dans d'autres publications : la télémédecine et l'accès aux données de santé.

Les hôpitaux de proximité

Que prévoit la loi ?

La définition de Madame Buzyn est celle de l'hospice d'il y a 40 ans. En effet, ces hôpitaux n'offriront que des structures de prise en charge des personnes âgées et devront fermer leur maternité et leurs services de chirurgie. Ils pourront éventuellement être dotés d'un service d'urgences mais qui ne sera pas forcément ouvert 24 heures sur 24. L'enjeu est ici majeur car le nombre d'hôpitaux concernés est d'environ 300 pour l'ensemble du territoire national. Il s'agit donc de fermer encore de très nombreuses maternités, services de chirurgie et services d'urgence.

Les revendications de la CGT :

Pour la CGT, un hôpital de proximité doit comporter au minimum :

- un service d'urgence ouvert 24 heures sur 24;
- une maternité de premier niveau pour les accouchements dits physiologiques (80 % des accouchements);
- une activité de chirurgie (principalement ambulatoire) et une structure de prise en charge des patients psychiatriques en lien avec la psychiatrie de secteur et les hôpitaux spécialisés.

Les hôpitaux de proximité doivent assurer un maillage du territoire permettant d'assurer la sécurité de chaque citoyen, ce qui implique que ce dernier ne doit pas être à plus de 30 minutes en voiture d'un service d'urgence ou d'une maternité. En effet, des études françaises et

internationales montrent qu'au-delà de ce délai, il est observé une augmentation de la mortalité de 9 % pour tous les patients et de 30 % pour les patients les plus graves. Plusieurs événements dramatiques récents en font d'ailleurs la triste preuve : cela a été le cas à Die où une mère a perdu son enfant car la maternité a été fermée et que l'hélicoptère qui aurait pu la transporter est arrivé trop tard ou à Concarneau où le service d'urgences et le SMUR ferment à 19 heures et où une femme est décédée en attendant l'arrivée des secours qui ont mis plus de 35 minutes pour arriver de Quimper.

Par ailleurs, il est paradoxal de vouloir développer la chirurgie ambulatoire, pour atteindre un objectif de 80 % des actes et de vouloir la concentrer dans un nombre de sites limités, obligeant les patients à de longs trajets et quand ceux-ci sont trop importants de les faire sortir de l'hôpital pour les héberger dans des hôtels à proximité. Notre proposition est que ce soit plutôt les chirurgiens qui se déplacent pour opérer en proximité en toute sécurité.

Les Groupements hospitaliers de territoires (GHT)

Que prévoit la loi ?

Les précédentes lois ont créé une obligation de regroupement des hôpitaux dans des structures de coopération. Si l'objectif semblait louable, nous avons assisté à une définition des territoires complètement ubuesques : le pire exemple est le GHT qui en Auvergne regroupe tous les établissements de l'Allier et du Puy-de-Dôme, soit 18 structures, sans aucun lien entre elles et très éloignées les unes des autres. La nouvelle loi accélère le processus en obligeant les hôpitaux à fusionner juridiquement et à regrouper leurs services sur un nombre de sites limités, pour soi-disant supprimer les « doublons », ce qui va effectivement permettre de transformer un grand nombre d'établissements en hôpitaux de proximité selon la définition d'A. Buzyn. En effet la fusion administrative a pour objectif d'obliger l'hôpital de référence du GHT, sous la contrainte des déficits à combler ou par le biais d'un chantage aux investissements, à concentrer sur un seul site les activités de chirurgie et de maternité, et donc de « déshabiller »

les hôpitaux de plus petite taille faisant partie du même GHT.

Les revendications de la CGT

Nous sommes fermement opposés à la fusion juridique des établissements dans les GHT car l'objectif n'est pas d'améliorer l'offre de soins dans les territoires mais de restructurer les établissements sous la contrainte financière. Il est essentiel de solliciter les élus locaux qui siègent dans les Commissions de surveillance pour qu'ils s'opposent fermement à ces fusions. En effet, à un an des élections municipales, dans le contexte du mouvement des gilets jaunes, il apparaît comme particulièrement provocateur de la part du pouvoir de concentrer les moyens et donc les organes de décision dans des structures centralisées et très éloignées du terrain sur un nombre d'établissements très limités. Il s'agit d'un déni de démocratie qu'il faut dénoncer. En ce qui concerne plus spécifiquement les moyens syndicaux, la fusion des établissements entraînera une fusion des instances et donc une diminution drastique du nombre de mandats et donc des heures syndicales.

La formation des professionnels de santé

Que prévoit la loi ?

L'annonce de la suppression du numerus clausus se traduit par des propositions très floues sur les nouvelles modalités de sélection des étudiants qui inquiètent tant les responsables universitaires que les étudiants. Si nous ne pouvons qu'adhérer aux objectifs annoncés de supprimer le concours couperet en fin de première année et d'ouvrir le recrutement des futurs médecins à d'autres candidats que des titulaires du bac S avec mention très bien, il ne faut pas que cela se traduise par un autre mode de sélection qui laisse sur le carreau un nombre important d'étudiants après 2 à 3 années d'études. Par ailleurs, la Ministre n'a annoncé que tardivement qu'il était prévu d'augmenter le nombre de médecins formés de 20 % sans vraiment justifier ce chiffre. Pour la CGT, il est clair que ces 20 % sont un minimum et que l'argument de la limitation des capacités de formation n'est pas valide. En effet, les terrains de stages pour les étudiants peuvent être multipliés et ne doivent pas être concentrés dans les CHU. Le meilleur exemple de la duplicité des doyens des facultés de médecine qui ont récemment diminué le nombre d'internes dans les hôpitaux non CHU, ce qui a entraîné de graves difficultés de fonctionnement de ces établissements. Le cas le plus emblématique est l'hôpital de Bourges qui, en mai 2018, a vu le nombre

d'internes affectés aux urgences diminuer de manière drastique et qui, du fait du déficit en médecins, a été obligé de faire appel à la réserve sanitaire, mobilisable normalement en cas de catastrophe, pour assurer la continuité du service public.

Les revendications de la CGT

La CGT considère que le nombre de médecins formés annuellement doit être relevé à 12 000 car aujourd'hui 25 % des médecins qui débutent leur carrière en France ont obtenu leur diplôme à l'étranger, dont des jeunes français exclus des facultés du fait du numerus clausus, et du fait des générations de médecins qui partent à la retraite qui sont de plus de 10 000 par an.

Au-delà du nombre de médecins formés, la question qui se pose est de savoir de quels types de médecins nous avons besoin. Il faut inverser la proportion de généralistes et de spécialistes qui est actuellement de 40/60. Nous avons effectivement besoin de plus de généralistes que de spécialistes car les besoins ont évolué ces 30 dernières années. Aujourd'hui, les besoins se concentrent sur une population vieillissante, atteinte de maladies chroniques multiples qui se soignent mais ne se guérissent pas. Or la succession de consultations chez différents spécialistes n'assure pas une prise en charge adaptée et la nécessité d'une coordination par un médecin généraliste, tant en ville qu'à l'hôpital, est incontournable. Cela implique y compris de revoir l'organisation de l'hôpital pour diminuer le nombre de services de spécialités au profit de services de médecine polyvalente où les différents spécialistes interviennent sous la coordination d'un médecin « généraliste » hospitalier qui s'appelle un médecin polyvalent ou interniste.

Par ailleurs, les compétences et les qualifications des autres professionnels de santé doivent évoluer pour que les médecins se concentrent sur les tâches où ils sont indispensables, c'est-à-dire les missions d'expertise et de synthèse. La proposition de former des infirmières à ce qu'on appelle des « pratiques avancées » ne doit pas se traduire par un glissement de tâches, sans reconnaissance de l'élévation du niveau de qualification en rapport avec par exemple la réalisation d'actes techniques ou dans des spécialisations particulières comme la psychiatrie ou les urgences. C'est la raison pour laquelle nous demandons que les formations complémentaires soient validées par des diplômes de type master 1 et master 2 avec des rémunérations correspondant à ce niveau de qualification. Il doit en aller de même pour les aides-soignantes, ainsi que pour d'autres professions de santé réglementées.

Afin de pouvoir adapter et coordonner l'ensemble de ces formations, la CGT propose de créer des Universités de santé. L'intérêt est de répondre à une préconisation de l'Organisation mondiale de la santé qui énonce le fait que la nécessaire coordination des professionnels de santé ne peut réellement se mettre en place que si ces derniers ont une partie de leur formation en commun. En effet, la priorité sur laquelle un consensus existe aujourd'hui est de réintroduire des sciences humaines dans la formation des médecins et des autres professionnels de santé, afin que les trois composantes essentielles de la prise en charge des patients, à savoir le physique, le psychologique et le social, soient réellement intégrées. Ces composantes de la formation, entre autres, peuvent être communes à l'ensemble des professionnels du sanitaire et du médico-social.

Les Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)

Que prévoit la loi ?

La loi prévoit la mise en place de 1 000 CPTS. Le constat partagé est que l'exercice en cabinet isolé pour les médecins ainsi que pour de nombreux professionnels de santé n'est plus possible et n'est plus souhaitable. Cependant le gouvernement ne souhaite remettre en cause ni la liberté d'installation, ni la rémunération à l'acte. Il compte par ailleurs sur le fait que de simples incitations financières permettront l'auto-organisation des libéraux dans les territoires dans ces structures appelées CPTS aux contours très flous.

Le constat de l'échec des maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) dont la rareté qui fonctionnent du fait de l'engagement volontariste de quelques individus sont constamment montrées en exemple, montre bien que cette voie est une impasse.

Les revendications de la CGT

La CGT propose la généralisation de l'exercice collectif dans des centres de santé avec des professionnels salariés. Les avantages sont multiples. Avantage pour les professionnels qui aujourd'hui privilégient largement le salariat au détriment de l'exercice libéral. Deux exemples valident ce constat : la création d'un centre de santé départemental en Saône-et-Loire avec 35 lieux d'exercice et l'embauche de 50 médecins salariés par un président de Conseil départemental affilié aux Républicains et qui a fait le constat de l'échec des MSP ; la demande de professionnels libéraux d'une MSP dans le Doubs

qui ont demandé à ne plus être payés à l'acte au profit d'un financement global de la structure leur permettant de se salarier.

Cette organisation permet de résoudre de manière intelligente la fin de la liberté d'installation sans provoquer une réaction de rejet des professionnels, puisqu'ils gardent le choix de leur lieu de travail en proposant leurs services dans le centre de santé implanté là où ils souhaitent vivre.

En ce qui concerne les patients, la solution du centre de santé répond à trois préoccupations majeures : disposer d'un médecin traitant, bénéficier du tiers payant et ne plus être soumis aux dépassements d'honoraires. L'autorisation d'ouverture des centres de santé devra se faire sur la base d'une analyse des besoins dans les territoires. Un autre avantage est que les centres de santé peuvent et doivent être dotés d'un équipement minimal pour accueillir les urgences du quotidien et éviter ainsi le passage par défaut par les urgences hospitalières.

En ce qui concerne la gestion des centres de santé, la CGT propose deux modèles : un rattachement aux hôpitaux, ce qui permet une gestion unique du personnel, des matériels et de l'administration ; une forme coopérative associant un financeur de la structure qui peut être notamment une collectivité locale ou une mutuelle, les professionnels et des représentants des patients. Ce modèle coopératif est particulièrement intéressant et la CGT a montré sa viabilité en participant à la transformation du Centre national de santé géré par le CCAS d'EDF situé rue Richerand à Paris en structure coopérative le 1^{er} janvier 2019 afin d'assurer son développement et sa pérennité.

Ces quelques éléments venant en complément des propositions de la CGT formalisées et rassemblées dans le document intitulé « Pour une Sécurité sociale du XXI^e siècle – Nos propositions » et disponible à l'adresse suivante : <https://www.cgt.fr/la-reconquete-de-la-securite-sociale>, doivent nous armer pour engager des actions afin de défendre notre système de santé et de protection sociale.

Les brèves des Cahiers

De petites retraites en Allemagne

Trois à quatre millions d'Allemands pourraient voir leurs pensions revalorisées très fortement. L'idée est de récompenser ceux qui ont travaillé par rapport à ceux qui bénéficient de l'aide sociale de base. Des retraites plus élevées pour les petits salaires, c'est en substance l'idée du projet de retraite minimum porté par le ministre social-démocrate du Travail et des Affaires sociales Hubertus Heil. Il prévoit de relever les pensions des Allemands qui ont cotisé pendant 35 ans et perçoivent une maigre retraite. Le coup de pouce financier, qui dépendra du nombre d'années cotisées, pourrait atteindre jusqu'à 447 euros par mois! « *Quelqu'un qui a travaillé dur durant des décennies a le droit de recevoir nettement plus que quelqu'un qui n'a pas travaillé* ». Une coiffeuse, qui a travaillé au SMIC et à temps plein pendant 40 ans, perçoit actuellement une pension d'environ 514 euros : grâce à la retraite minimum, elle toucherait ainsi 961 euros, explique le ministre. Prévue pour entrer en vigueur dès 2021, la mesure doit profiter à trois à quatre millions de personnes outre-Rhin, dont 75 % de femmes : les années passées à élever un enfant ou soigner un parent seront prises en compte dans le calcul, tout comme les emplois à temps partiel. Les critiques portent sur le financement du projet qui doit coûter au contribuable quatre à six milliards d'euros par an. La fédération des employeurs allemands (BDA). Une remarque : les pensions de retraite sont donc très basses en Allemagne. Ce n'est pas l'eldorado qu'on nous vante! Cette augmentation serait possible en France? Pour Macron, l'idée doit paraître saugrenue.

Selon Santé publique France, près d'une Française sur dix est passée à l'acte au cours de sa vie.

Les chiffres publiés, mardi 5 février, par Santé publique France à l'occasion de la Journée nationale pour la prévention du suicide ne sont pas bons. En 2017, 7,2 % des Français âgés de 18 à 75 ans – soit plus de 3 millions de personnes – déclaraient avoir tenté de se suicider au cours de leur vie. Ils étaient 4,7 % à avoir pensé à mettre fin à leurs jours au cours des douze derniers mois et 0,39 % à avoir tenté de le faire. Des proportions élevées, marquées par des évolutions différentes chez les hommes et les femmes. Si les hommes représentent les trois quarts des 8 948 décès par suicide officiellement recensés en 2015 par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès pour l'Inserm, un chiffre stable

par rapport à 2014 (8 885 décès) après plusieurs années de « lente décroissance », les pensées suicidaires et les tentatives de suicide sont davantage le fait des femmes.

Un paradoxe apparent, qui s'explique par le fait que les hommes utilisent des moyens plus létaux (armes à feu, pendaison). Près d'une Française âgée de 18 à 75 ans sur dix (9,9 %) déclarait ainsi en 2017 avoir tenté de se suicider au cours de sa vie (contre 4,4 % des hommes), une proportion en hausse de 2,3 points par rapport à 2005. Quelques données éclairent crûment certains profils à risque : près d'un tiers des femmes (31 %) et un quart des hommes (25,7 %) ayant subi des attouchements ou des rapports sexuels forcés ont déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie. Et près d'un quart des personnes ayant connu un « épisode dépressif caractérisé au cours de l'année » (25,1 % des hommes, et 22,6 % des femmes) a eu des pensées suicidaires au cours de cette période. Par ailleurs, les « graves problèmes d'argent », les « menaces verbales », les « humiliations ou intimidations » et le fait d'avoir « vécu une séparation ou un divorce » au cours des douze derniers mois « multipliaient par deux environ le risque d'idéations suicidaires », relèvent les auteurs de l'enquête. Autre chiffre marquant de l'enquête menée par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies : 2,9 % des adolescents de 17 ans – soit 25 000 jeunes – disaient en 2017 avoir fait une tentative de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours de leur vie. Un phénomène, là aussi, très féminin : 4,3 % des filles de cet âge (+ 1 point par rapport à 2011) et 1,5 % des garçons (stable) disaient avoir déjà tenté de mettre fin à leurs jours. « En France comme à l'international, le suicide demeure la deuxième cause de décès parmi les jeunes de 15-24 ans », après les accidents de circulation, rappelle Santé publique France.

Une association se bat contre les dépassements d'honoraires

« *Supprimons les dépassements d'honoraires médicaux, taxes santé scandaleuses* », c'est le titre de la pétition en ligne sur [Change.org](https://www.change.org) à l'initiative de l'association « *la Santé, un droit pour tous* ». En 2018, le renoncement aux soins (durable ou transitoire) pour raison financière atteint plus d'un quart des Français. Parmi les différents obstacles expliquant cette situation de plus en plus préoccupante, les dépassements d'honoraires médicaux sont en première ligne (avec les franchises diverses, le forfait hospitalier, les remboursements multiples, les nouveaux frais de dossier, les forfaits à payer sur les actes

lourds qui viennent de passer de 18 à 24 €, etc.). Ces dépassements d'honoraires très rares avant 1980, sont en augmentation régulière. Ils représentent, en 2018, 14 % de l'ensemble des honoraires médicaux sur une année (plus de 3 milliards d'euros). Avec la pétition, l'association veut aujourd'hui interpeller les différents responsables.

Elle demande

- la suppression de cette taxation des parcours de santé qui devient un authentique problème de santé publique ;
- le retour à la situation connue entre 1970 et 1980 avec un secteur conventionnel unique pour les médecins, (pratiquant des tarifs clairement annoncés et remboursés), qui gardent la liberté de se situer hors convention s'ils le souhaitent.

L'espérance de vie a cessé de progresser

Depuis plus d'un siècle, l'augmentation quasi ininterrompue de l'espérance de vie a constitué dans les sociétés occidentales un indicateur essentiel de l'amélioration de l'existence. Malgré les guerres, les crises économiques, les épidémies, les doutes sur l'évolution de l'humanité, la perspective de vivre de plus en plus longtemps donnait le sentiment d'un continuum rassurant. Pourtant, après avoir augmenté de trente ans depuis le début du XX^e siècle, l'espérance de vie plafonne en France depuis quatre ans. Selon l'Insee, celle des hommes s'établit à 79,4 ans, contre 85,3 ans pour les femmes. Même l'indicateur d'« espérance de vie en bonne santé » fait du surplace depuis dix ans. Le phénomène n'est pas propre à la France. En Allemagne, aux Pays-Bas, en Australie, en Grande-Bretagne, partout au sein du monde développé l'inflexion est sensible. Aux États-Unis, on observe même depuis trois ans un recul inquiétant de l'espérance de vie, notamment du fait d'une explosion des overdoses médicamenteuses, des suicides et des maladies chroniques provoquées par l'obésité. Le constat interroge d'autant plus en France que ces fléaux ont frappé dans des proportions moindres. Piste à ne pas négliger : le creusement des inégalités qui taraude les sociétés occidentales. Même si celui-ci reste moins marqué en France, l'Insee constate qu'un individu qui appartient à la catégorie des 5 % les plus pauvres a une espérance de vie inférieure de treize ans à un autre faisant partie des 5 % les plus riches. On imagine sans mal que le déclin des classes moyennes observé un peu partout ne peut que tirer l'ensemble vers le bas en termes d'espérance de vie. La crise du capitalisme n'y est pour rien ?

Du nouveau sur le syndrome de la guerre du Golfe :

La pyridostigmine perturbe la communication immunitaire entre intestin et cerveau. Si le syndrome de la guerre du Golfe a été lié à la pyridostigmine, un médicament pris par les soldats en prévention d'attaques aux gaz de combat irakiens, les mécanismes restaient incertains. Une étude chez la souris montre comment la pyridostigmine perturbe le système nerveux intestinal et l'immunité intestinale et cérébrale. De nombreux vétérans de la première guerre du Golfe (1990-1991) souffrent d'une variété de symptômes chroniques inexplicables (troubles gastro-intestinaux, neurologiques, respiratoires, mais aussi fatigue, insomnie, maux de tête, etc.) regroupés sous l'expression « syndrome de la guerre du Golfe ». Un rapport d'experts américains a conclu en 2008 qu'il existait un lien incontestable entre la prise de pyridostigmine (ou bromide de pyridostigmine, PB) et le développement du syndrome. C'est un médicament inhibant de façon réversible l'enzyme acétylcholinestérase (AChE), empêchant ainsi la dégradation de l'acétylcholine. Cette anticholinestérase a largement été prescrite aux militaires (américains, britanniques, mais aussi français) déployés dans le Golfe en prévention d'éventuelles attaques par un gaz neurotoxique organophosphoré, le soman.

Les études épidémiologiques ont montré l'existence d'un lien entre la quantité de pyridostigmine prise par les soldats et leurs problèmes de santé apparus après la guerre. De plus, une étude a identifié une interaction gène-médicament : les vétérans porteurs de variations génétiques diminuant l'élimination du PB sont 40 fois plus à risque de développer des symptômes chroniques. Une équipe dirigée par le Pr Brian Gulbransen, neurochercheur à l'université du Michigan (États-Unis), a mené une étude expérimentale chez des souris (mâles et femelles) afin d'examiner l'hypothèse selon laquelle le PB pourrait altérer la fonction intestinale en perturbant les systèmes nerveux et immunitaires de l'intestin. Leurs résultats montrent que l'exposition des souris à la pyridostigmine (PB) est suffisante pour provoquer des perturbations majeures concernant non seulement le contrôle nerveux des fonctions intestinales, mais aussi l'immunité intestinale et la communication immunitaire entre intestin et cerveau. « *Ces résultats fournissent une base tout à fait plausible à cette maladie et constituent donc une sentinelle pour la surveillance et peut-être l'amélioration des traitements dans le futur, voire le déploiement d'agents neutralisants sur le champ de bataille* », estime le Pr Thoru Pederson, rédacteur en chef du journal FASEB.

Les agriculteurs très touchés par la dépression, d'après le Bulletin épidémiologique hebdomadaire

Le BEH vient de publier un article sur la prévalence de la symptomatologie dépressive chez les actifs affiliés à la Mutualité sociale agricole (MSA). Dans cette population, cette prévalence est importante : de 14,7 % chez les hommes salariés, et 21,2 % chez les femmes. Parmi les non-salariés, cette prévalence de la symptomatologie dépressive est presque tout aussi importante, atteignant 13,6 % chez les hommes et de 19,1 % chez femmes. Ces résultats sont ceux d'une phase pilote de l'étude de la cohorte Corset-MSA conduite en 2010 dans cinq départements (Bouches-du-Rhône, Finistère, Pas-de-Calais, Pyrénées-Atlantiques et Saône-et-Loire). Au total 2 363 personnes âgées de 18 à 65 ans, salariées et non salariées affiliées à la MSA, ont complété un auto-questionnaire centré sur la symptomatologie dépressive. Parmi les travailleurs agricoles, les employés et ouvriers sont les plus touchés par la symptomatologie dépressive. À noter qu'une surmortalité par suicide avait été observée chez les hommes éleveurs de bovins entre 2008 et 2010 par rapport à la population générale masculine du même âge. Les résultats de cette phase pilote de l'étude Corset-MSA montrent une importante prévalence de la symptomatologie dépressive dans cette population d'agriculteurs actifs. Ils recoupent ceux de la littérature épidémiologique internationale qui « *semble suggérer que les actifs travaillant dans le secteur agricole sont un risque plus élevé d'avoir des troubles de santé mentale qu'en population générale* », écrivent les auteurs de l'article du BEH.

Étrillé par un rapport provisoire de la Cour des comptes, l'Ordre des médecins répond

Rarement l'Ordre national des médecins n'avait essuyé une charge aussi sévère de la part de la cour des comptes. De multiples dérapages y sont dénoncés. Entre comptabilité non sincère, pratiques douteuses de recrutement, train de vie ordinal, abus de médecins ou conflits d'intérêts non sanctionnés, l'Ordre en prend pour son grade. Elle met en cause au passage l'aménagement en 2016 du nouveau siège de la rue Léon-Jost à Paris qui aurait coûté presque le double du devis initial (8,8 millions d'euros contre 4,9 annoncés). Le rapport pointe une hausse vertigineuse des dépenses personnelles des membres du conseil national. En 2017, les 54 médecins auraient

perçu 2,2 millions d'euros d'indemnités et se seraient fait rembourser 2,6 millions de frais. Des « *rémunérations déguisées* », estime la Cour des comptes, qui auraient bondi de 33 % depuis 2011. La Cour pointe également les écarts à la déontologie dans les relations entre médecins et industriels, qui ne seraient pas sanctionnés. L'article cite le cas de certains médecins « *principalement des cardiologues, des ophtalmos et des oncologues* », participant chaque année à plus d'une dizaine de congrès, financés par les laboratoires et approuvés par le CNOM avec une justification qui laisse à désirer : « *L'absence de programme ne permet pas de vérifier si la quantité de nuitées et de repas pris en charge est justifiée* ». Ainsi, le « *docteur G* », pneumologue, aurait bénéficié, entre février 2016 et septembre 2018, de 27 500 euros de financement pour des congrès organisés aux Bahamas, à Hawaï, à Palm Beach, sur l'île Maurice ou à Bangkok. Ces « *relations médecins/industrie* » sont censées être mieux contrôlées depuis une loi de 2011. Dans ce contexte, la Cour s'étonne de voir qu'« *aucun médecin n'a été convoqué par le Conseil national et aucune poursuite disciplinaire n'a été engagée* ». En 2017, 1,5 million de contrats et 200 millions d'euros ont pourtant été encaissés par les médecins. Dans sa réponse, l'Ordre affirme avoir pris « *clairement position en faveur d'une transparence totale des relations entre les médecins et les industriels* » mais renvoie la balle dans le camp de l'exécutif. Ainsi, il ne peut faire usage du bâton tant qu'un décret d'application « *permettant d'assurer le contrôle de toutes les déclarations de liens d'intérêt entre le corps médical et l'industrie de la santé* », ne sera publié. Le CNOM « *tient à exprimer son plus vif étonnement sur le fait que ce pré-rapport ait été communiqué à la presse alors que la phase contradictoire n'a pas débuté* »

Incroyable ?

« *Par manque de médecins, l'hôpital vient de fermer son service de pneumologie alors que c'est l'endroit de France où il y a le plus de silicosés. C'est une aberration car beaucoup de ces malades iront difficilement consulter à Lille.* »

Olivier Lacoste, géographe de la santé, expert auprès de HAS et du HSCP, interviewé par *Le Monde* du 28 février 2019.

Fin du secteur 2 et tiers payant intégral : les pistes des jeunes généralistes pour renforcer l'accès aux soins

L'accès financier et géographique aux soins est devenu dans de nombreux territoires un sujet de préoccupation majeur. Soucieux d'y répondre, le syndicat des jeunes médecins généralistes **installés et remplaçants ReAGJIR** a présenté 40 propositions pour lutter contre les freins financiers à l'accès aux soins. L'accessibilité du système de santé passe aussi par sa simplification. Les jeunes généralistes demandent donc la mise en place d'un intervenant unique pour le régime d'Assurance maladie obligatoire et par ailleurs l'instauration d'une assurance maladie complémentaire généralisée, sur le modèle du régime d'Alsace-Moselle. La fusion de la CMUc et l'ACS et de l'AME ainsi que l'accès aux différents services de manière dématérialisée doivent aussi aider à cette simplification. Pour lutter contre les renoncements aux soins, ReAGJIR appelle à relancer la généralisation du tiers payant intégral mais sous certaines conditions : qu'il soit pratiqué par tous les médecins et pas seulement en premier recours, et qu'il concerne aussi la partie complémentaire. « *Nous nous sommes arrêtés à mi-chemin sur le tiers payant et les complémentaires santé n'ont toujours pas été capables de proposer un modèle unique* », déplore le Dr Yannick Schmitt, président de ReAGJIR. Mesure plus drastique, le syndicat souhaite supprimer le secteur 2 et interdire les dépassements d'honoraires. « *Aujourd'hui il y a des spécialités où nous avons toutes les peines du monde à trouver des professionnels en secteur 1 auxquels adresser nos patients* », souligne le Dr Schmitt. Le syndicat incite également les pouvoirs publics à prendre leurs responsabilités en prenant en charge un panier de soins fondamentaux remboursé intégralement, pour le syndicat les soins primaires dans leur ensemble doivent d'ailleurs être 100 % remboursés. La suppression du ticket modérateur, des franchises médicales et la participation forfaitaire sont aussi mises sur la table par les jeunes médecins, qui demandent la **fin des pénalités financières** en cas de non-respect du parcours de soins, « *peu dissuasives* » et incomprises par les patients.

La recrudescence du trafic de produits de santé contrefaits a des conséquences dramatiques dans le monde entier, notamment en Afrique.

100 000 décès en Afrique : depuis mai 2017, l'Organisation mondiale de la santé a adopté une nouvelle résolution de dénomination des médicaments. Les mots « sous-standard » et « falsifié » désignent respectivement les produits de qualité inférieure et ceux présentés comme ce qu'ils ne sont pas. Les sous-standards concernent par exemple les vaccins détériorés. Selon Bernard Leroy, directeur de l'Institut de recherche anti-contrefaçon des médicaments (IRCAM), « *il arrive que des conteneurs de médicaments en provenance de Chine soient stockés en Afrique. Parfois, afin de toucher un pot-de-vin pour livrer plus rapidement la cargaison, le douanier laisse les conteneurs au soleil. A l'intérieur, la température peut monter jusqu'à 80 degrés. Cela réactive automatiquement les souches des vaccins* ». « *Malheureusement, les lois relatives à la propriété intellectuelle sont souvent utilisées lorsqu'on traite de faux médicaments, comme au Sénégal, où les peines réductibles s'étendent seulement de six à soixante jours d'emprisonnement pour un gros trafiquant* », précise Bernard Leroy. Un médicament sur dix vendus dans le monde est un faux, estime l'OMS.

Dans certains pays, ce chiffre peut même atteindre sept médicaments sur dix - notamment en Afrique où 100 000 personnes meurent tous les ans à cause d'un recours aux faux médicaments. Selon Bernard Leroy, « *la production légale s'élève à 1 000 milliards de dollars tandis que les faux médicaments représenteraient entre 70 et 200 milliards de dollars dans le monde* ». L'essentiel de la production de faux se concentre en Chine et en Inde, deux pays qui fabriquent également les matières premières et les principes actifs de beaucoup de médicaments commercialisés dans les pays occidentaux. Initiée par Interpol et l'Organisation mondiale des douanes, l'opération « Pangea » est la principale action coordonnée à l'échelle internationale pour lutter contre les trafics de produits de santé illicites. Plus de 466 000 produits de santé falsifiés et une tonne de produits pharmaceutiques illicites commercialisés en ligne ont été saisis à cette occasion sur le territoire français. 116 sites de revente illégale ont pu être identifiés cette année. Près de la moitié des médicaments saisis sur le sol européen sont des contrefaçons. Avec l'apparence de vrais, produits par des entreprises. Alors que pour 1 000 dollars investis, le trafic d'héroïne représente en moyenne 20 000 dollars de gain, le même investissement dans la falsification d'un

médicament « blockbuster » - produit vedette du marché légal - rapporterait selon l'IRCAM un bénéfice allant de 250 000 à 450 000 dollars. Plus lucratif que les stupéfiants et surtout moins risqué en termes de poursuites. « Le ratio investissement, rendement et risque encouru est phénoménal. C'est bien pour cela que ce trafic s'accroît, déplore Bernard Leroy, le directeur de l'IRCAM. Le principal cartel de drogue mexicain s'intéresserait même à se reconverter dans les faux médicaments. » En Afrique subsaharienne, la contrefaçon atteint des proportions « phénoménales », selon Philippe Lamoureux : « *Dans certains pays africains, on considère qu'il y a pratiquement un médicament sur deux qui est faux. C'est un problème de santé publique dramatique car vous courez le risque de ne pas avoir la dose de principe actif nécessaire, de ne pas avoir de principe actif du tout, ou pire d'avoir un produit qui contient des substances dangereuses pour la santé.* »

Liberté d'installation : 84 % des Français prêts à y mettre fin, la FHF veut une « régulation plus forte »

L'étau se resserre autour de la liberté d'installation des médecins. Un sondage d'ampleur* commandé par la Fédération hospitalière de France (FHF) à Ipsos dans le cadre du « Grand débat national » révèle que plus de huit Français sur dix (84 %) sont favorables à l'adoption d'une mesure visant « à répartir équitablement les médecins sur le territoire quitte à leur imposer leur lieu d'exercice les premières années ». Chez les sondés résidant en milieu rural le taux atteint même 87 %. Au total, 18 % des mesures spontanées concernent le « maillage territorial ». La fédération présidée par Frédéric Valletoux appelle l'État à « engager une politique volontariste pour un meilleur maillage territorial de la médecine de ville ». Et donc à en finir avec la liberté d'installation ? Pour le président de la FHF, il existe un « entre-deux » entre « estimer que [la fin de la liberté d'installation] n'est pas un sujet et dire de manière autoritaire qu'il faut installer des médecins là où en leur demande ». Frédéric Valletoux appelle donc les syndicats de médecins à prendre leurs responsabilités : « Il ne peut pas y avoir d'indifférence de leur part. C'est à eux de formuler des propositions. » « Le coup de balancier risque d'être sévère », prévient-il. Le sondage d'Ipsos met, une fois de plus, en lumière de grosses difficultés dans l'accès aux soins. Il ressort notamment que 42 % de nos concitoyens indiquent s'être déjà rendus aux urgences pour une raison inadéquante.

Trois des quatre branches du régime général sont excédentaires, mais l'Assurance-maladie demeure en déficit de 700 millions d'euros

Même si ses comptes restent encore dans le rouge, ils se sont nettement améliorés en 2018, selon les chiffres définitifs annoncés le 15 mars. Le déficit cumulé du régime général de la Sécurité sociale et du Fonds de solidarité vieillesse, qui verse les cotisations retraite des chômeurs et le minimum vieillesse, s'est établi en 2018 à 1,2 milliard d'euros. Soit le niveau « le plus faible » depuis 2001, fait valoir le gouvernement. C'est toutefois légèrement moins bien que ce qui était prévu dans la loi de financement de la Sécurité sociale votée en 2017 (- 1 milliard d'euros). Le régime général retrouve pour la première fois depuis seize ans un solde positif. Trois des quatre branches sont excédentaires ; l'Assurance-maladie demeure en déficit de 700 millions d'euros mais la réduction de son déficit de 4,2 milliards d'euros est spectaculaire. Pour donner un peu d'air aux hôpitaux, dont les personnels sont épuisés par plusieurs années de mesures d'économie, Mme Buzyn a annoncé le versement d'une somme de 300 millions d'euros, liés à des crédits hospitaliers non consommés en raison d'un niveau d'activité inférieur aux prévisions. Pour le reste, les branches accidents du travail et vieillesse qui étaient déjà excédentaires le restent, et celle de la famille renoue avec le positif, pour la première fois depuis 2003. Quant au Fonds de solidarité vieillesse, il continue à redresser ses comptes ; son déficit passant à 1,8 milliard d'euros.

Protection sociale : les Français comptent sur l'Union européenne

Selon les Français, l'amélioration des droits sociaux des Européens (droit du travail, protection sociale, système de santé...) doit faire partie des priorités de l'Union européenne dans les années qui viennent. À ce titre, l'Union européenne est perçue comme un acteur légitime (71 % des Français considèrent qu'elle joue un rôle important en matière de protection sociale) et surtout crédible, car elle dispose déjà d'un bilan dans ce domaine (mise en place d'un Fonds social européen en faveur des régions, d'un cadre européen sur le temps de travail...). Mais quand ils se projettent dans l'avenir, les Français expriment des attentes encore plus fortes : ils sont ainsi 80 % à souhaiter l'harmonisation des systèmes sociaux des différents pays européens en se basant sur les législations les plus protectrices, 60 % d'entre eux

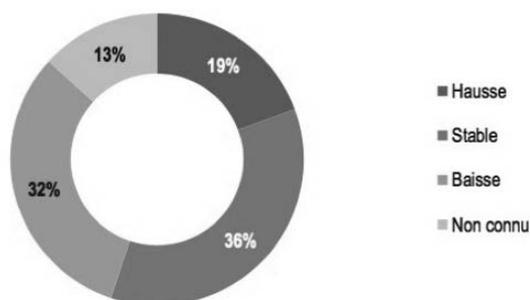
considérant d'ailleurs qu'il s'agit d'un objectif réaliste dans les dix ans à venir.

Permanence des soins : baisse des volontaires dans un tiers des départements, la régulation se maintient grâce aux retraités

Nouvelles régions, mise en place du 116-117, modifications des cahiers des charges... La permanence des soins ambulatoire (PDSA) a connu d'importantes mutations en 2018. Le rapport annuel de l'Ordre des médecins mis en ligne ce lundi dresse le bilan 2018 de la PDSA. L'an passé, le taux de volontariat national s'élevait à 38,6 % dans 79 départements sur 101, ce qui représente 23 197 médecins volontaires pour 60 131 médecins susceptibles d'y participer. Il faut cependant noter que la disparité des taux d'un département à l'autre est très importante et la participation peut varier « *de moins de 10 % pour certains à 100 % pour d'autres* ». À Paris par exemple, l'activité de SOS médecins conduit à un taux de participation relativement faible.

70 € et 125 €, tous créneaux confondus. La révision des cahiers des charges a généralement accéléré le découpage des territoires de gardes. Entre 2017 et 2018, on note une réduction du nombre de territoires de PDSA de 9 % en soirée de semaine, de 10 % les week-ends et jours fériés et de 8,5 % en nuit profonde. Le rapport dresse également le profil des médecins volontaires. Il s'agit majoritairement d'hommes, 70 % pour les régulateurs et 62 % pour les effecteurs alors que l'Atlas démographique de l'Ordre identifie 50,8 % d'hommes chez les généralistes en activité en 2019. L'âge moyen des effecteurs est cependant en baisse avec un passage de 50 ans en 2017 à 47,4 ans en 2018. La moyenne d'âge d'un généraliste étant de 50,4 ans. La grande majorité des médecins effecteurs se situe entre 35 et 59 ans. L'âge moyen des médecins régulateurs n'a lui pas évolué et stagne à 55,4 ans en 2018.

Part des départements ayant connu une évolution de la participation



Source : CNOM, Enquête PDSA 2018

+45 % de retraités, remplaçants et salariés : S'il est difficile de comparer le taux de volontariat par rapport aux années précédentes du fait de cette nouvelle méthodologie, le Cnom a identifié une légère hausse de la participation à la régulation en 2018. 2 535 médecins libéraux installés ont participé à la régulation médicale, soit une baisse de 1,4 % par rapport au nombre de médecins recensés en 2017. Or, cette baisse est à relativiser puisqu'elle est compensée par la hausse du volontariat chez les médecins salariés, retraités et remplaçants. Ainsi, 394 médecins d'entre eux se sont engagés (+45 %), entraînant une hausse de 3 % de la participation à la régulation par rapport à 2017. La hausse tient davantage à l'implication des médecins retraités qu'à l'adhésion de la nouvelle génération aux gardes. Le forfait de régulation varie toujours entre

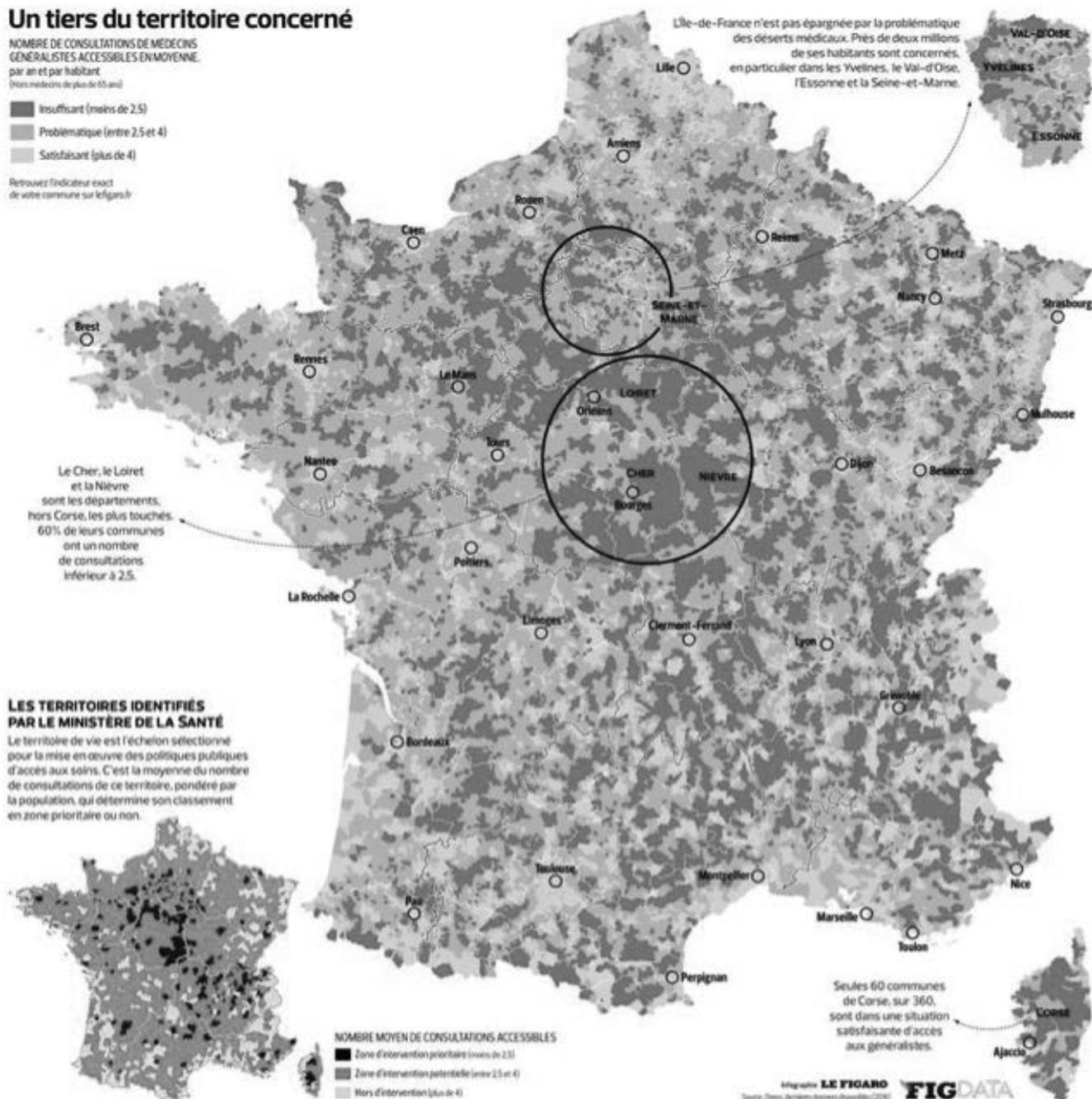
Cartographies des territoires en manque de médecins

Un tiers du territoire concerné

NOMBRE DE CONSULTATIONS DE MÉDECINS GÉNÉRALISTES ACCESSIBLES EN MOYENNE, par an et par habitant.
(sans médecins de plus de 65 ans)

- Insuffisant (moins de 2,5)
- Problématique (entre 2,5 et 4)
- Satisfaisant (plus de 4)

Retrouvez l'indicateur exact de votre commune sur lefigaro.fr



Pour lutter contre la généralisation de l'anxiété et de la dépression dans une société, il faut avant tout instaurer plus d'égalité.

Une épidémie d'anxiété ravagerait les pays où les inégalités de revenus sont fortes. C'est ce qu'avancent l'épidémiologiste britannique Richard Wilkinson et sa consœur, Kate Pickett, dans *Pour vivre heureux, vivons égaux!* (Les Liens qui libèrent), un livre qui collecte de nombreuses études. Celles menées par les auteurs eux-mêmes confirment une corrélation entre hausse des troubles mentaux et inégalités matérielles. Les citoyens les plus pauvres sont les plus touchés, mais les plus riches, embarqués dans une compétition sociale exténuante, ne sont pas épargnés par le mal-être. Richard Wilkinson constate une vérité désolante : les sociétés développées et prospères ne garantissent pas le bien-être individuel et collectif. La dépression règne. Elle se manifeste non par l'abattement, mais par le stress, la perte d'estime de soi et l'angoisse de ne pas être à la hauteur de ceux qui se hissent au sommet de la hiérarchie sociale. Nous nous évaluons à l'aune de notre statut social. Les déménagements plus fréquents s'accompagnent d'une déliquescence du lien social. Lorsqu'un pays s'enrichit, la mobilité s'accroît, l'entraide diminue et l'estime de soi avec elle. Plus une société est inégalitaire, plus sont visibles les positions sociales de chacun, et le sentiment d'être toujours dominé par plus riche que soi. Des études montrent que les difficultés émotionnelles ont considérablement augmenté aux États-Unis et au Royaume-Uni dans les trente dernières années. La dépression et l'anxiété se généralisent, de même que l'alcoolisme et la toxicomanie. Et le niveau de revenu détermine la prévalence des troubles mentaux : ceux qui sont au bas de l'échelle y sont nettement plus exposés. Une étude britannique de 2007 a montré que c'était encore plus vrai pour les hommes. La soi-disant méritocratie laisse penser que ceux qui ne s'élèvent pas dans l'échelle sociale sont incompetents, que leur stagnation s'explique par leur faible valeur personnelle. Plusieurs études montrent combien la pauvreté s'attaque au développement personnel à travers le stress et l'absence de stimulation mentale. Il préconise a mise en place d'une société nouvelle dont l'objectif sera l'égalité. La réforme du monde du travail n'est pas l'alpha et l'oméga de la réduction des inégalités, mais elle constitue un indispensable préalable. Une société plus égalitaire serait aussi moins coûteuse : les dépenses liées à la prison, à la santé physique et mentale diminueraient. Nous sommes face à un problème de santé publique, et la santé publique a toujours été une affaire politique.

Arrêter les soins pour les plus de 85 ans? Des Belges osent la question

C'est une étude qui agite la Belgique. Révélée par le quotidien *Le Soir*, elle ose une question aussi sensible que dérangement : faut-il, pour préserver l'équilibre des comptes de la Sécu, stopper les soins aux personnes de plus de 85 ans? L'assurance maladie dément tout projet en ce sens. Existe-t-il un âge limite, au-delà duquel l'individu devrait accepter, pour le bien de la société, de décliner et mourir sans secours? Nous pourrions aussi dire : pourquoi lancer de tel sondage? Soyons sûrs que si on faisait un sondage sur la guerre, on trouverait des gens pour dire qu'une bonne guerre ne ferait pas de mal!

À l'origine de cette controverse, il y a la réflexion menée par le royaume voisin, les Pays-Bas, réputés très libéraux et pragmatiques sur les questions de société. En février, en effet, la proposition d'une députée du parti vert y a fait grand bruit. L'élue suggérait une limitation de l'accès aux soins pour les plus de 70 ans, arguant que les plus de 65 ans comptent pour 50 % des dépenses de santé aux Pays-Bas. Son projet : autoriser les gériatres hospitaliers à refuser une opération ou le prolongement d'un traitement sur le seul critère de l'âge. Une remarque s'impose à ce sujet : les dépenses de santé augmentent avec l'âge ; dans la dernière année de la vie, chaque personne dépense autant en soins que le reste de sa vie. Alors faudrait-il supprimer la dernière année de vie et jusqu'où irait-on? Absurde. Mais rien ne rebute les néolibéraux.

37 % des Belges pour limiter l'accès au soin pour pérenniser le système de santé, approuvent « l'arrêt des traitements coûteux qui prolongent la vie des plus de 85 ans ». À la question de l'implantation d'un appareil cardiaque de pointe pour un coût de 50 000 €, 41 % des sondés estiment qu'il faut exclure les plus de 85 ans d'une telle possibilité. De même pour un soin vital du même coût : ils sont 28 % à estimer que les plus âgés ne devraient pas y avoir droit... « *Déjà à l'époque, ces conclusions nous avaient surpris, se souvient Mark Elchardus, le sociologue en charge de l'étude polémique. Je pense que les résultats seraient les mêmes aujourd'hui* ». Le chercheur y voit deux explications. D'abord, un certain « *âgisme* », dénotant une forme de stigmatisation et une peur de la vieillesse. Mais aussi un réflexe de défense. Mais à quoi bon vouloir pérenniser un système de santé si ce n'est pas pour pérenniser la vie? Absurde là aussi.

Reste que les gériatres, moins offusqués, voient là l'occasion d'une réflexion de fond. Dans *Le Soir*,

plusieurs indiquent qu'il s'agit d'une réalité sur le terrain. « *Cette sélection selon l'âge existe déjà dans les critères de l'INAMI*, explique ainsi la chef de service gériatrie d'Erasmus, un grand hôpital bruxellois, citant l'exemple des valves cardiaques TAVI. *Leur pose doit être évaluée plus strictement après 75 ans. Pourquoi ? Parce qu'elles coûtent cher* (environ 20 000 € l'acte) ».

Pour autant, les médecins demeurent prudents. Prodigue-t-on trop de soins aux plus âgés ? « *Je pense le contraire, on n'en fait pas assez !* », répond Pascale Cornette, gériatre, chef de service à l'hôpital St Luc (Bruxelles). À ses yeux, si certaines interventions lourdes doivent certes être questionnées, « *les soins de confort doivent, eux, être renforcés* ». En revanche, l'idée d'un âge limite passe mal, dans la profession. « *Fixer un âge seuil est choquant. À 85 ans, les réalités des patients sont très diverses. On ne peut pas décemment établir de protocole strict sur ce plan-là*, juge Pascale Cornette. Et de conclure, *la fin de vie doit être du sur-mesure* ».

Depuis trois mois, des tribunaux contestent le plafonnement des indemnités en cas de licenciement abusif

Ce sont des conseillers prud'homaux de Troyes (Aube) qui ont tiré les premiers, le 13 décembre 2018. Ils ont vite été suivis par plusieurs de leurs pairs, siégeant ailleurs dans l'Hexagone : Amiens, Lyon, Grenoble... Depuis un peu plus de trois mois, un parfum de révolte flotte au-dessus de la prud'homie, vaste archipel de près de 210 tribunaux paritaires composés de juges non professionnels, issus des syndicats et du patronat. Certains d'entre eux regimbent contre une mesure emblématique des « ordonnances Macron » sur le Code du travail : le plafonnement des indemnités prud'homales en cas de licenciement abusif. Entré en vigueur en septembre 2017, ce dispositif, qui se présente sous la forme d'un barème, a été jugé contraire aux engagements internationaux de la France, à l'occasion de contentieux portés devant les prud'hommes. La motivation est souvent la même : le « barème Macron » contrevient à la convention n° 158 de l'Organisation internationale du travail (OIT) et à la Charte sociale européenne. Deux textes qui prévoient qu'une juridiction

nationale doit être en capacité d'ordonner le paiement d'une « réparation appropriée » au salarié injustement congédié. Or, la grille de dommages-intérêts inscrite dans les ordonnances de 2017 ne remplit pas cette condition, aux yeux des conseillers prud'homaux rebelles. Ils l'ont donc écartée – du fait de son « inconventionnalité » – et ont accordé des montants supérieurs à ceux qu'elle fixe. Les indemnités prud'homales font débat depuis plusieurs années et suscitent la critique de juristes chevronnés : « Des universitaires ont développé de longues analyses pour démontrer qu'une telle mesure [était], selon eux, contraire à des normes internationales, alors mêmes que celles-ci doivent primer sur notre droit interne », rapporte Paul-Henri Antonmattei, professeur à la faculté de Montpellier-I. Le Syndicat des avocats de France, de son côté, a élaboré un argumentaire « antibarème » très dense : ses adhérents s'en servent quand ils défendent des salariés.

Le « Grand débat »

La santé est le service public qui aurait le plus besoin d'être renforcé, selon le bilan des contributions des Français au grand débat. Ce thème a surgi sans prévenir au sein des discussions. Les patients réclament des mesures coercitives pour avoir accès aux médecins. Parmi le quart des Français qui ont estimé sur la plate-forme Internet du grand débat national ne pas bénéficier d'un accès suffisant aux services publics, 30,4 % citent la santé comme principal problème. La santé devance tous les autres soucis en matière de services publics : horaires d'ouverture des guichets administratifs, manque de transports ou d'Internet, de services de l'État... L'émergence de cette préoccupation a quelque peu surpris les pouvoirs publics, même si elle peut s'expliquer par les départs à la retraite de médecins qui ne sont pas remplacés et les difficultés financières d'accès aux soins dentaires. Interrogés sur les domaines prioritaires dans lesquels notre protection sociale doit être renforcée, ils citent avec constance le thème de la santé en première place, à 27,8 %, suivi de l'aide aux personnes âgées (16,9 %). La santé et le handicap sont la première politique publique pour laquelle ils seraient prêts à payer plus d'impôts (16,8 %), devant le tryptique éducation-formation-recherche (14,8 %). Lors des conférences citoyennes régionales et des ateliers participatifs qui les ont accompagnés, les participants ont esquissé leurs pistes pour « un service de santé organisé dans les territoires en manque ».

Les notes de lecture

« *Terrorisme. Réalités, causes et mystifications idéologiques* »
de Jacques Fath aux Éditions du Croquant
– collection Détox (janvier 2019)

par la rédaction

N.D.L.R. : Jacques Fath a été membre du Comité exécutif et responsable des relations internationales au Parti communiste français de 2006 à 2013. Il est notamment l'auteur de « Penser l'après... », essai sur la guerre, la sécurité internationale, la puissance et la paix dans le nouvel état du monde, aux éditions Arcane 17, 2015.

Le terrorisme a pris la dimension d'une menace cruciale depuis au moins le début des années 2000. Pourtant, le débat sur cet enjeu majeur de sécurité publique et de sécurité internationale semble rarement à la mesure des questions posées. En particulier sur les causes de cette violence politique et sociale, et sur la nature des réponses qu'il faut nécessairement lui apporter.

Cette notion ou ce « concept » de terrorisme reste même sans définition véritable qui fasse consensus, y compris chez les experts... Alors, que recouvre-t-il, ce mot de terrorisme? Qu'est-ce que cette chose que l'on nomme mais que l'on ne parvient pas à définir, et que certains ne veulent même pas expliquer? Pourquoi fait-on du terrorisme, avec autant d'insistance, une violence politique spécifique?

Ce livre est une réflexion critique sur la définition du terrorisme, et en particulier sur la façon dont celui-ci fait l'objet d'une instrumentalisation idéologique permanente. Alors que cette violence criminelle est un terrible révélateur de la crise de société, de la crise des politiques de domination et de l'ordre mondial actuel... un terrible révélateur de notre monde de précarités, de délinquances, de tensions géopolitiques et de guerres. Un monde violent pour les peuples.

La caractérisation du terrorisme comme l'action perpétrée par des « ennemis » de notre civilisation ou par des fous meurtriers traduit cette mystification qui vise à masquer la réalité d'un épuisement des logiques du néolibéralisme, de l'ajustement structurel au Sud, du système capitaliste lui-même, des politiques de puissance et de prédation néo-impériale.

Les réponses ultra-sécuritaires et militarisées systématiquement imposées sont un échec. Au-delà de l'évidente mission de protection qui doit être assumée par les pouvoirs publics (mais pas au prix de l'état de droit et de la démocratie...), on comprend qu'il ne s'agit pas simplement d'ajuster et de renforcer ces réponses pour pouvoir « vaincre » le terrorisme, et obtenir que cette menace puisse reculer de façon décisive. La soi-disant « guerre contre la terreur » est une impasse... Une tout autre ambition s'impose. Réfléchir sur le terrorisme, signifie, en effet, qu'il faut aller chercher les causes de cette violence criminelle : toutes les causes politiques, sociales, économiques, géopolitiques... Jusque dans l'Histoire de longue durée. Le concept de terrorisme lui-même, comme incrimination et élément de l'ordre juridique, devrait être mis en cause. Tout cela signifie aussi, et peut-être surtout, oser penser, repenser l'ordre social et mondial dans lequel nous vivons aujourd'hui, et se hisser au niveau d'une exigence de transformation radicale.

Livre disponible en librairie. Commandes possibles (franco de port) par mail : contact@editions-croquant.org ou sur le site de l'éditeur : <https://croquant.atheles.org/>
ISBN-13 : 9782365121941

**« Une mosaïque contemporaine, l'identité infirmière avant et après la réforme universitaire de la formation »
sous la direction de Marlyne Dabrion aux Éditions du Croquant**

par Louis Weber

Que sont réellement les infirmières (et infirmiers) aujourd'hui, alors que le milieu professionnel vient d'être secoué par la réforme 2009 dite des études universitaires, leur accordant le grade de licence professionnelle ? Sont-elles à l'aise dans cette nouvelle posture ou sont-elles encore nostalgiques d'un passé récent ? Des infirmières regroupées au sein du Collectif de Recherche infirmière Qualitative en Santé (CRIQS), formées avant et après cette réforme, ont réalisé une démarche introspective à l'intérieur de leur corps professionnel, pour dire qui elles sont, examiner les convergences, le cas échéant certaines divergences difficilement avouables et définir leur identité professionnelle, telle qu'elles peuvent la revendiquer dans la modernité sociale ambiante.

Chacun pourra apprécier, s'il y a lieu, l'écart entre l'identité attribuée par les personnes que nous soignons et celle que nous revendiquons pour nous-mêmes. Cette clarification de l'identité infirmière en phase avec une reconnaissance réclamée doit servir à l'évolution des pratiques professionnelles pour mieux soigner. Ce livre s'adresse par conséquent à celles et ceux qui s'intéressent à la profession infirmière pour ses enjeux sociétaux et pédagogiques : les étudiants infirmiers, les nouveaux diplômés, les formateurs, mais aussi les décideurs qui pourront se rendre compte du niveau de responsabilisation du corps infirmier, ainsi que de l'évolution de leurs modes d'investissement. Et surtout les patients, curieux de découvrir ce que leurs infirmières disent d'elles-mêmes.

Courrier des lecteurs

Lettre du Pr André Grimaldi à propos de l'affaire du Lévothyrox

Chers toutes et tous,

La réanalyse des données de l'ANSM sur la bioéquivalence non plus moyenne (considérée comme bonne) mais individuelle (considérée comme insuffisante) de l'ancien et du nouveau Lévothyrox par l'équipe de pharmacologie toulousaine expliquerait l'affaire des symptômes provoqués par la prise du nouveau Lévothyrox. Voir!

Il ne resterait plus qu'à découvrir l'intérêt caché de l'industriel et à dénoncer une fois de plus l'incompétence et/ou la connivence des agences. Les auteurs de l'article (ci joint) sont plus prudents. Ils parlent « d'un warning signal ».

Quelques remarques d'un clinicien :

1/ Au départ on prétend améliorer la stabilité et la durabilité (sur l'étagère) jugées insuffisantes du vieux Lévothyrox. Dès lors, qu'il existe un taux de bioéquivalence individuelle (à 10 % compte tenu de la marge thérapeutique étroite de la L Thyroxine) de moins de 50 % n'est pas très surprenant mais ce n'était pas vraiment la question posée. On peut en conclure que le nouveau n'est pas fameux ou que l'ancien est franchement mauvais! En effet avec le vieux Lévothyrox, on était amené régulièrement à ajuster la posologie.

2/ De plus, comparer la pharmacocinétique en prenant des sujets sains comme cela a été fait semble critiquable en raison de la sécrétion physiologique et du rétrocontrôle hypophysaire. Si vous comparez la bioéquivalence des aires sous la courbe individuelles « tout compris » vous obtenez un taux élevé de 83 % si vous soustrayez l'aire correspondant à la sécrétion physiologique de base vous tombez à 33 %. Mais pourquoi la soustraire alors qu'elle est censée être bloquée aux doses utilisées pour le test d'évaluation de la pharmacocinétique?

3/ Mais la vraie question était et, me semble-t-il, est toujours celle de la reproductibilité des paramètres pharmacocinétiques respectifs du vieux et du nouveau Lévothyrox ainsi que de leur stabilité après des mois de conservation. C'est-à-dire non pas comparés entre eux mais comparés à eux-mêmes En la matière le nouveau est-il meilleur que l'ancien?

4/ Pour répondre à cette question le critère de jugement du clinicien (et du patient) n'est pas la pharmacocinétique mais la pharmacodynamique c'est-à-dire en l'occurrence l'effet sur la TSH. De même que ce qui importe pour le diabétologue que je suis, n'est pas la cinétique des insulines mais leur action sur la glycémie.

5/ Or on n'a pas enregistré 50 % de patients se plaignant d'effets secondaires avec le nouveau Lévothyrox mais 1.5 % (même si ce chiffre est sous estimé). Et pour les cliniciens les interrogations ne sont pas venues des patients nécessitant un ajustement de posologie. C'était prévisible et déjà survenu dans le passé avec d'autres formulations (notamment génériques).

En France 1745 patients se plaignant de symptômes sous la nouvelle formule on été étudiés : 23 % avaient une TSH élevée témoignant d'un sous dosage (hypothyroïdie) et 10 % une TSH basse témoignant d'un surdosage (hyperthyroïdie). Ceci pourrait, nous dit-on, s'expliquer par des variations induites du transit et de la perméabilité intestinale... Simple hypothèse. Mais la question est celle des 2/3 des patients se plaignant de symptômes divers relevant à la fois du registre hypo et du registre hyper ou d'autres registres (céphalées, vertiges, paralysies, perte de connaissance...) AVEC UNE TSH NORMALE.

6/ Nous attendons le débat entre pharmacologues. Et en attendant nous continuons à penser qu'à partir d'un réel problème d'ajustement de dose prévisible et qui aurait donc dû être annoncé aux soignants et aux patients, s'est greffé un effet nocebo entretenu par la médiatisation choc. Qu'en a-t-il été dans d'autres pays comme la Suisse? Non l'affaire Lévothyrox n'a rien à voir avec le scandale du MÉDIATOR dû au comportement frauduleux quasi mafieux du laboratoire Servier (avec lequel l'ensemble des sociétés savantes auraient dû suspendre toute collaboration).

7/ Mais pourquoi parler d'effet Placebo ou d'effet Nocebo est vécu comme insultant, comme si on accusait les personnes de raconter des calembredaines sans la moindre réalité: « C'est dans la tête »? Au secours Sigmund! Oui la chimie cérébrale, cela existe. Étonnamment, souvent les mêmes qui en vantent la puissance jusqu'à l'excès lors de la méditation en pleine conscience ou de l'hypnose, ne supportent pas qu'on évoque l'effet placebo et son miroir.

L'étude scientifique passionnante qu'on aurait souhaitée sur le sujet, aurait été de comparer l'ancienne et la nouvelle formule de façon randomisée en double aveugle avec cross over chez des patients n'ayant pas supporté le nouveau Lévothyrox malgré une TSH normale. Le critère principal de jugement aurait été la capacité du patient à reconnaître la formule qu'il prenait.

Reste la question des questions: qu'est allée faire l'ANSM dans cette galère?

Et un regret pour les partisans du juste soin pour le patient au moindre coût pour la collectivité.

Lettre de Serge Klopp : à propos de l'autisme

Suite aux propos scandaleux de Cluzel, je me permets de vous envoyer quelques précisions.

Qui est Asperger ?

C'est un eugéniste qui a dans les années 30 sous le nazisme défini une catégorie particulière d'autistes dits de « haut niveau » et pouvant avoir une vie sociale autonome et être productifs. Il leur a de ce fait évité d'être victime de l'opération T4. Mais en organisant le tri entre les bons et les « déchets ». Il a repris ses travaux dans les années 50 aux États-Unis.

Concernant l'autisme en général

Aujourd'hui on ne connaît toujours pas son étiologie. L'équipe du Pr Munich généticien qui associe génétique, neurosciences, psychanalyse, a mis en évidence plusieurs gènes de l'autisme, mais tous les enfants développant un autisme n'ont pas ces gènes et tous les enfants qui ont ce gène ne développent pas un autisme. Il en conclut que la causalité est multiple associant causes génétiques ou biologiques, psychiques et sociales. Et défend de ce fait une prise en charge multiple associant approche psychanalytique et comportementale.

Sur un plan clinique l'autisme est une pathologie de la relation au monde et se traduit par une souffrance anxieuse terrible chez ces personnes, où tout changement est vécu comme un danger potentiel et génère une angoisse massive. D'où la nécessité de les entourer de rituels apaisants. La plupart nécessitent une prise en charge en institution. Mais du fait que la psychiatrie, sous l'impulsion du Ministère, dans les années 80 a rejetés les autistes adultes et qu'il n'y a pas eu création de structures adaptées (MAS) suffisantes la majorité, de ces personnes est accueillie en Belgique.

Les principaux signes sont, le retrait autistique (on ne peut accrocher leur regard, il ne répond que peu ou pas à son nom), l'absence de langage, les cris stridents, les stéréotypes (tournent des heures sur eux-mêmes, mouvements rotatifs des doigts et des mains), la tendance à se cogner contre les murs et les automutilations en cas d'angoisse...

Les personnes diagnostiquées Asperger n'ont pratiquement rien à voir avec ces autistes-là et ne

représentent qu'une infime minorité des autistes. Si dans ma carrière j'ai vu de nombreux enfants autistes, je n'ai vu qu'un enfant pour lequel on s'interrogeait sur un diagnostic d'autisme ou de psychose infantile, mais certainement pas d'autisme qui est beaucoup plus sévère.

Or depuis quelques années on a assisté à un triple mouvement amenant l'idée que l'autisme ne serait qu'un handicap et ne nécessiterait pas de soins.

- Le premier c'est la mise en avant du syndrome d'Asperger. La plupart du temps lorsque l'on nous présente dans des émissions des autistes, il s'agit en fait d'Asperger qui sont relativement bien intégrés socialement voir travaillent. Mais ils n'ont pratiquement rien à voir avec les autistes.
- Le second c'est l'élargissement du « spectre autistique », lié à la mise en avant du syndrome d'Asperger. Cela signifie que l'on diagnostique autistes, dans des centres experts, une foule d'enfants qui n'ont aucun signe de l'autisme classique. J'ai un neveu qui a été diagnostiqué autiste alors qu'il n'a aucun signe autistique, il est juste un peu introverti et s'absorbe dans les jeux vidéo. Enfants que l'on traite avec des protocoles de TCC (Techniques Cognitivo comportementales).
- Le troisième c'est le lobbying auprès du Ministère que font certaines associations de parents qui devant faire face sans soutien institutionnel, ont développé une haine de la psychiatrie et de la psychanalyse, alors que le principal responsable est le Ministère.

Alors que la pédopsychiatrie classique n'arrivait le plus souvent qu'à atténuer les symptômes et obtenait très peu de guérisons (mais ça arrivait surtout quand il s'agissait de nourrissons), les TCC ont des résultats spectaculaires de guérison d'enfants. Mais, qui en fait n'étaient pas malades. Il y a fort à parier que ces techniques n'ont guère plus de résultats avec ceux qui étaient précédemment diagnostiqués. Mais comme les chiffres publiés ne sont qu'en pourcentage, sans préciser ni discriminer la nature du diagnostic cela permet d'affirmer que seule cette approche fonctionne.

Et cela vient légitimer les politiques intégratives qui sont en fait des politiques ségrégatives. Puisque si les Asperger et tous ceux diagnostiqués abusivement autistes s'intègrent relativement bien à l'école, les autistes eux ne le peuvent pas et sont rapidement déscolarisés sans prise en charge institutionnelle. Ce qui, pour les parents, est

un drame social qui vient s'ajouter au drame affectif, puisque l'un des parents ne peut plus travailler.

À ce propos un mot concernant la question du rapport entre autisme psychiatrie et psychanalyse. Il est vrai qu'un certain nombre de psychiatres dans les années 70/80 au nom d'une certaine lecture de la théorie analytique, ont stigmatisé les parents les rendant responsables de l'état de leur enfant, tout en refusant de travailler avec eux. Cela s'est joué notamment au moment où l'on a fermé l'essentiel des lits de pédopsy et où ces enfants sont passés de l'intra vers le CMP et les HDJ. Or, là ils foutaient tout en l'air. Et ces psychiatres, même s'ils le dénonçaient étaient bien contents que ce soit le médicosocial qui les récupère.

Or qu'a révélé la psychanalyse, c'est que pour part, une altération de la relation entre le nourrisson (voire le fœtus) et son entourage pouvait entraîner l'autisme. Mais cela ne signifiait pas qu'il faille accuser les parents et particulièrement les mères, mais au contraire les soutenir dans leur parentalité.

C'est d'ailleurs ce qu'ont mis en évidence le Pr Munich et MC Laznik psychanalyste. Ils ont observé sur des centaines de vidéos que la prosodie (la manière de parler) avait un effet sur la captation de l'attention du nourrisson et donc sa capacité à interagir. Lorsque nous sommes en relation avec un bébé nous adoptons tous une prosodie particulière (on parle bébé) or certains parents ne le font pas et cela semble lié au développement de l'autisme qui disparaît si on aide les parents à modifier leur expression ou si un tiers intervient régulièrement, avec la prosodie adaptée avec ce bébé. Or, aujourd'hui au nom de la non-stigmatisation des parents il n'est plus politiquement correct de travailler cette dimension. Ce qui se traduit par une impuissance à soigner ces enfants et à soutenir ces parents qui ont besoin d'aide.

Nier cette dimension de la causalité du lien social dans l'autisme pourrait amener à la nier de manière générale. Ce qui est déjà un peu le cas pour ceux qui estiment que tout ne serait que génétique ou neuronal. Mais de tout temps les psychiatres progressistes (dont notre camarade Tony Lainé) se sont battus pour que ces enfants ne soient pas abandonnés ni ces parents stigmatisés. C'est ce combat que poursuivent les équipes de pédopsychiatrie du Printemps de la psychiatrie.

Voilà en vrac et un peu rapidement.

Lettre de Denis Renard, retraité, syndiqué CGT : Du travail gratuit en échange du RSA ?

Un article de l'Humanité (Le 19 février 2019, de Sébastien Crépel : « *Un baril de dynamite posé sous les fondements de la protection sociale* ») a attiré fort justement notre attention sur la portée de ce qui se joue au travers de l'idée (re)lancée par Edouard Philippe de l'instauration d'une contrepartie qui serait à devoir par l'allocataire d'une prestation sociale telle que le RSA. Et il a rappelé, tout aussi pertinemment, la filiation avec la création de la CSG en 1990, telle que l'évoque MACRON lui-même dans son discours de juillet 2018

La prestation versée par la sécurité sociale est un droit comme contrepartie du paiement de la cotisation sociale, mais la prestation servie par l'État du fait de son financement par l'impôt CSG deviendrait aléatoire et serait versée en contrepartie d'un travail gratuit à fournir : c'est un renversement complet de philosophie et une complète régression sociale qui nous ferait passer de la solidarité à la charité, de cette solidarité solidement ancrée sur le salaire socialisé, prélèvement direct sur la valeur ajoutée créée par le travail, à cette charité dépendant du bon vouloir de nos maîtres élyséens, seuls comptables de la redistribution par l'impôt. C'est ce que ce gouvernement veut mettre en place, dans la continuité directe d'une transformation fondamentale de la Sécurité Sociale voulue par la création de la CSG en 1990.

L'actualité sociale récente, de par les propos tenus le 15 février par le 1^{er} Ministre Edouard Philippe, lorsqu'il évoque l'instauration de contreparties à devoir par les allocataires du RSA, vient apporter un éclairage décisif, dissiper les doutes (s'ils existaient !) et donc clarifier la situation quant aux objectifs poursuivis par le gouvernement en matière de Sécurité Sociale : la finalité de l'attaque lancée contre la cotisation sociale, et ce dès la création de la CSG par Rocard en décembre 1990, est bien d'arriver à détruire les droits garantis par la Sécurité Sociale pour les remplacer par une charité étatique, des droits aléatoires définis lors du vote du budget de la Nation.

Ces « droits » (pourrait-on encore les appeler ainsi ?) seraient en fait fluctuants selon la conjoncture économique et fonctions de l'impératif patronal, de cette priorité capitaliste que rien ne doit remettre en cause pour nos gouvernants : le taux de profit du capital investi pour

garantir les dividendes à verser aux actionnaires. Comment dire, on ne peut plus clairement, la gigantesque régression sociale que le gouvernement prépare au travers de la suppression voulue de la cotisation sociale remplacée par la CSG.

Voir ci-dessous, pour plus de détails le discours tenu par MACRON où il annonce crûment que le transfert du financement de la Sécu vers l'impôt CSG représente la fin d'une prestation sociale garantie en tant que contrepartie de la cotisation sociale. Rocard, 1^{er} Ministre en 1990 et père de la CSG, n'avait pas eu autant de franchise ! Il s'agit d'un extrait du discours prononcé par MACRON devant le congrès (députés et sénateurs réunis) le 9 juillet 2018, plus précisément, alors qu'il parle de la Sécurité Sociale, du passage où il dévoile l'objectif de sa conception de celle-ci : plus de droits garantis en contrepartie d'une cotisation sociale versée à la Sécurité Sociale, mais des droits aléatoires, conséquences du transfert de leur financement sur l'impôt.

Le propos est explicite, mais MACRON ne se veut quand même pas trop démonstratif, car à trop marquer la différence entre les droits garantis et prestations définis d'aujourd'hui par la Sécurité Sociale et les droits précaires et aléatoires d'un lendemain où la Sécu de 1945 serait morte et enterrée, les droits étant définis par la seule puissance publique au travers du vote du budget de l'État, MACRON risquerait d'éveiller les consciences et de susciter une mobilisation générale contre son projet.

Cela étant, chacune et chacun pourra se faire un avis de ce qui est projeté, au vu de ce que MACRON projette pour l'assurance chômage avec par exemple, les réductions de prestations envisagées pour les assistantes maternelles et les salariés du particulier employeur, ou bien les sanctions en cas de refus d'une « offre raisonnable d'emploi », « ORE » redéfinie de façon beaucoup plus contraignante pour les chômeuses et chômeurs, et globalement avec la volonté de saigner les finances de l'assurance chômage UNEDIC de 1,3 milliard chaque sur 3 ans (3,9 milliards en tout).

Discours de MACRON :

«**La solidarité nationale est de plus en plus financée par l'impôt**, ce que vous avez voté en matière d'Assurance Chômage a ainsi supprimé toute cotisation salariale remplacée par la CSG mais il faut bien expliquer l'ensemble de cette réforme, ne pas voir que la CSG qui augmente d'un côté, en oubliant que ce sont toutes les cotisations sociales salariales qui ont baissé de l'autre.»

«Cette réforme a permis d'améliorer le pouvoir d'achat des travailleurs tout en préservant la compétitivité et en garantissant le maintien des droits mais ceci conduit aussi à transformer la philosophie même de notre solidarité nationale et en quelque sorte d'en retrouver le sel.»

«**Cette solidarité est de moins en moins une assurance individuelle, assortie d'un droit de tirage** ; Financée par l'ensemble des contribuables, elle implique des droits et des devoirs, car chacun est alors comptable de tous et tous de chacun. Par la réforme que vous avez votée, l'Assurance Chômage aujourd'hui n'est plus du tout financée par les cotisations des salariés. Elle est financée par les cotisations des employeurs et par la CSG.

«Cette transformation, il faut en tirer toutes les conséquences, il n'y a plus un droit au chômage, au sens où l'entendait classiquement, il y a l'accès à un droit qu'offre la société mais sur lequel on ne s'est pas garanti à titre individuel, puisque tous les contribuables l'ont payé».

Fin de citation.

La clarté sinistre de son propos, car les choses n'avaient pas été dites aussi clairement lors de l'instauration de la CSG par Rocard en 1990, sonne comme un aveu qui devrait provoquer une riposte à la mesure de la menace. Cela devrait ouvrir les yeux à toutes celles et ceux qui, bercés par les sirènes sociales-démocrates, croyaient sincèrement que la CSG représentait un type de financement efficace pour le maintien de notre Sécu! Ils devraient s'apercevoir que c'est tout le contraire: elle a été conçue et prévue pour la démanteler.

Et nous sommes bien, nous les travailleuses et travailleurs salariés, en activité ou à la retraite, toujours dans le rapport de force qu'un autre aveu, celui de Denis Kessler, dirigeant du MEDEF, avait crûment révélé: face à la volonté du grand patronat de « défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance ». (Décembre 2011).

Le reste du discours de Macron mériterait également une analyse sémantique fouillée pour déconstruire les représentations proposées, et ainsi montrer sa portée idéologique clairement située du côté des intérêts capitalistes. Par exemple, quand MACRON dit: « *Quelle gloire peut-on tirer de politiques sociales qui ont condamné à la pauvreté un enfant sur cinq dans notre pays?!* » il joue la confusion entre diverses politiques sociales de nature très différente, et il veut mettre au compte de la Sécurité Sociale, et globalement des politiques sociales,

ce qui est en fait le résultat du mode de production capitaliste, lequel se trouve, soit profondément remis en cause dans sa logique lorsque c'est la Sécurité Sociale qui est créée, ou bien soit confortée lorsque c'est une politique de baisse du « coût du travail » qui est mise en œuvre au travers d'exonérations de cotisations sociales. Par ailleurs, MACRON ressort l'argument massue qui avait déjà servi à Rocard de la soi-disant fin du travail.

Lettre de Jean-Pierre Basset : Révision de la loi de Bioéthique et situation du système transfusionnel

Le 18 février, l'UD Drôme des associations de donneurs de sang a tenu un point de presse avec la présidente de l'UD et moi-même. Ci-dessous vous trouverez la déclaration sur la « révision » de cette loi que j'avais fait adopter au congrès de l'UD. L'UD Drôme des Associations pour le Don de Sang Bénévole a décidé de ce point de presse pour rendre publique sa position sur la révision de la loi de Bioéthique après avoir fait le constat que pendant plus d'un an et demi, seule la position officielle du gouvernement reprise en chœur par l'ensemble du monde institutionnel et parlementaire a fait l'objet d'une information généralisée. Et les trois pages de « réserves » émises par le CCNE (Comité National Consultatif d'Éthique) dans son Avis N° 126 du 15 juin 2017 ont été passées sous silence par l'ensemble des institutions y compris du président du CCNE lui-même lors de ses interventions publiques.

En nous basant sur les textes du CCNE (pages 23, 24, 25 de l'avis cité) nous constatons que l'élargissement de l'AMP devenant « PMA pour toutes les femmes » mettrait en péril tous les principes éthiques que nous défendons depuis que nous existons :

1) le principe de gratuité du don qu'il s'agisse du sang, de ses composants, des gamètes, des tissus, organes ou cellules-souches,

2) le principe de l'anonymat du don qui, s'il était levé, ouvrirait la voie aux transactions commerciales de l'humain.

Nous avons aussi pris cette initiative car plusieurs faits convergents mettent en péril l'ensemble du système transfusionnel :

- à l'automne 2018, le LFB (Laboratoire de Fractionnement et des Biotechnologies) qui produit les Médicaments Dérivés du Sang (MDS) a connu des pannes successives entraînant des destructions ou « retraits » de lots de MDS ; l'ANSM a alors fait parvenir aux hôpitaux les dates de rupture des stocks successives à partir 31 octobre 2018. A l'origine la vétusté de l'usine LFB de Lille et le sous financement chronique de l'établissement public. Fabien Roussel a interpellé la ministre de la santé sur ce sujet, à ma demande.
- le 19 décembre le gouvernement a décidé l'ouverture du capital du LFB. Ainsi le sang donné par les

bénévoles deviendrait profit puis dividendes distribués aux actionnaires.

- 6 février à un CCE extraordinaire la direction du LFB annonce une purge sans précédent, abandon de la recherche à l'usine de Lille, abandon de 50 % de la R&D sur les autres sites, réduction de 50 % du secteur commercial, abandon des « Biotechnologies », bref 120 emplois supprimés. Des Médicaments pour diverses « maladies rares » vont disparaître !
- 6 février le rapport annuel de la Cour des Comptes « enfonce » un peu plus le LFB, à partir, il est vrai pour certains domaines, d'incompétences dues à des nominations -par l'état- d'administrateurs soumis, pas un seul ne connaissant l'industrie du « fractionnement du Plasma ». (p 281 du rapport).
- 6 février la Cour des Comptes, encore, se prononce pour la rémunération des donneurs de plasma par l'EFS, contre tous les principes éthiques en vigueur.
- et cerise sur le gâteau vendredi 15/2 la ministre de la santé pond un décret, publié dimanche 17, supprimant la présence obligatoire d'un médecin sur les collectes de sang⁽²⁰⁾. Ce qui n'est pas sans rappeler la disparition physique des médecins de SAMU remplacés par une « régulation médicale téléphonique » (page 9 Huma 20 février 2019) dénoncée par les pompiers de la Marne.

Voilà la situation.

20 Il y a 6/7 ans face à la pénurie de médecin les « autorités » sanitaires ont proposé que des infirmier(e)s remplacent les médecins lors de « l'entretien pré-don ». Le mouvement des donneurs de sang a, après un débat sur environ un an, accepté sous réserve qu'il y ait toujours UN médecin présent sur le collectes et que les nouveaux donneurs passent toujours devant le médecin pour leur 1er don. Les infirmier(e)s concernés (volontaires) font un stage de 8 mois. Au bout de deux ans le processus a été validé, mais l'EFS n'a formé qu'un nombre réduit de personnels. Cette fois la ministre s'est bien gardée de nous consulter et a publié le décret un dimanche !

La révision de la loi de bioéthique décidera-t-elle la fin de l'éthique
Déclaration du congrès de l'UD Drôme des associations pour le don de sang bénévole

La révision de la loi de bioéthique a commencé. Elle porte en particulier sur la procréation assistée, sujet abordé dans la campagne électorale présidentielle. Ce point a fait l'objet d'un AVIS du Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) publié le 15 juin 2017. Cela a déclenché un déferlement médiatique sur le thème de «la PMA pour toutes les femmes», alors que le CCNE a exprimé un «Avis sur les demandes sociétales de recours à l'assistance médicale à la procréation (AMP)». La totalité des autorités qu'il nous a été donné d'entendre ou de lire ne nous paraît pas avoir lu même le titre, encore moins son contenu. Or ce contenu est extrêmement inquiétant pour l'éthique, anonymat, volontariat, bénévolat et non commerce qui sous tend le système transfusionnel français auquel le mouvement des donneurs de sang est irréductiblement attaché.

Nous invitons donc, fermement les parlementaires à prendre connaissance de l'Avis N° 126 du CCNE, plus spécialement des pages 23, 24, 25 dont est extrait le paragraphe suivant:

Page 23 : «La rareté des dons de gamètes compromet actuellement une prise en charge satisfaisante des infertilités pathologiques. ...La demande d'IAD (Insémination Avec Donneur) de personnes non stériles ou demande sociétale d'AMP mettrait en péril deux grands principes du système de santé en France, fondé sur la solidarité : la gratuité du don d'organes et des produits du corps humain, dont les gamètes, et la prise en charge des traitements d'infertilité d'origine pathologique par la solidarité nationale».

Page 25 «Une fois le principe de gratuité rompu sur les gamètes, on voit mal ce qui empêcherait de faire la même chose pour les autres produits et éléments du corps humain, y compris les organes. Il existe comme le montre le marché international du sang et de ses dérivés, des gamètes ou des mères porteuses un immense vivier de personnes qui, en raison de leurs difficultés économiques, acceptent de vendre les éléments de leur corps».

Dans un premier temps, le débat s'est focalisé sur la «discrimination», l'AMP énoncée comme bénéficiant aux «seuls» couples hétérosexuels, en «oubliant» le caractère pathologique de l'infertilité. Dans cette période l'exemple belge, a été mis en avant «oubliant» aussi qu'en Belgique la procréation est commerciale. 90% des 2000 femmes françaises/an inséminées en Belgique le sont avec du sperme acheté sur catalogue au Danemark ou ce commerce est désormais licite (page 24 AVIS CCNE). La question du commerce reproductif est obligatoirement posée par la «pénurie de gamètes» décrite dans l'avis du CCNE. En effet chaque année, en France, seulement 500 femmes et 250 hommes font un don d'ovocytes ou de sperme, alors que chaque année 3500 couples stériles s'inscrivent pour bénéficier d'un don de gamètes. Il est donc impossible de répondre par le don à la «demande sociétale» de «PMA pour toutes les femmes» hors un système marchand, ce que démontre le CCNE.

Dans un 2ème temps le débat s'est déplacé sur «l'anonymat». Cela a été lancé par MMr Le Coz et Maraninchi⁽¹⁾(1) se prononçant pour la «rémunération symbolique du don de sang» («Libération» 6/10/17), suivi par des «tribunes» dans les quotidiens de toutes sensibilités. Enfin le 19/2/18 le président du CCNE déclare dans «Le Figaro» : «La levée de l'anonymat sera un ses sujets phare de la prochaine loi de bioéthique». Pour les donneurs de sang, l'anonymat est déterminant, il conditionne le respect de l'éthique. Contrairement à quelques affirmations dans le débat actuel, l'anonymat ne remonte pas aux débuts des «FIV» mais à l'origine de la généralisation du don de sang, c'est-à-dire à la création de la FFDSB (Fédération Française pour le Don de Sang Bénévole) en 1949 et à son inscription dans la loi (21/7/1952) qui a codifié le système transfusionnel éthique : bénévole, volontaire, anonyme, hors commerce.

1 respectivement ex Vice Président du CCNE et ex directeur de l'ANSM

Tous les progrès survenus ensuite, don de moelle osseuse, d'organes et de tissus, puis de sang de cordon après 1986, enfin des gamètes découlent du principe de 1952 pour en interdire le commerce. Le Comité d'Éthique a précisé, Avis du 2/12/1991: *«d'une part le corps de l'homme ou l'un de ses éléments ne peuvent être l'objet d'un contrat, d'autre part il ne peut être négocié par quiconque»*. Déroger au principe d'anonymat permet le «don dirigé», interdit en 1952, dont le 1^{er} aspect est que connaître donneur et receveur ouvre la porte aux transactions commerciales. On notera que l'avis du 15/6/17 précise :» *il faut distinguer le droit à l'accès à ses origines personnelles et le droit à l'anonymat garanti aux donneurs de sperme, ces deux normes ne devant pas être confondues»*.

Malgré la pression exercée par le développement du marché international de la procréation, nous pensons qu'il importe de préserver, en France, l'altruisme du don, le choix de la gratuité des produits du corps humain et de leur gestion par le service public garant de la sécurité sanitaire et de la traçabilité. Au regard des incertitudes soulevées par l'ouverture de l'AMP à toutes les femmes, le maintien d'un *statut quo* apparaît un moindre risque et il nous paraît justifié et prudent de réserver l'IAD aux cas d'infertilité pathologique».

Adopté par le congrès de l'UD Drôme des Associations pour le don de sang bénévole,
À Pierrelatte le 18/03/2019.

Documents

Des solutions dignes pour tous les enfants sans domicile

Par le Samu social de Paris

L'hébergement à l'hôtel, utilisé depuis plus de quinze ans pour héberger les familles qui appellent le 115, est arrivé à saturation. Avec plus de 40 000 personnes hébergées chaque jour à l'hôtel en Ile-de-France, dont la moitié d'enfants, les capacités hôtelières ne permettent plus d'absorber le flux de nouveaux demandeurs.

Un dispositif saturé

Actuellement, chaque soir, du fait de la saturation de l'hébergement hôtelier, le 115 de Paris est contraint de laisser plus de 330 familles sans solution. Des familles qui dorment dehors ou sont contraintes de trouver des solutions de fortune. Permettre à toutes les familles d'être hébergées est une priorité. Si l'ouverture de places hivernales à partir de début novembre permettra à certaines de trouver un refuge provisoire, c'est à des solutions durables qu'il convient en urgence de penser. Pour ce faire, l'hôtel doit redevenir une solution transitoire.

Une attente trop longue de solution adaptée

Du fait des difficultés d'accès au logement, particulièrement en Ile-de-France, et de délais administratifs trop longs pour l'accès aux droits, les familles sans domicile séjournent à l'hôtel sur de longues durées. 12 % des familles sont présentes depuis plus de 5 ans à l'hôtel en Ile-de-France. Exiguïté des chambres où s'entasse tout ce qui reste d'une vie, absence d'espace d'intimité pour les enfants comme pour les parents, quasi-impossibilité de recevoir des visites, difficultés pour préparer les repas - le matériel de cuisine étant souvent interdit dans les chambres pour des raisons de sécurité -, éloignement fréquent des commodités de base, des services et des transports, et du tissu associatif local pouvant leur venir en aide : les difficultés que rencontrent les familles sont nombreuses. Elles nuisent au bon développement des enfants et obèrent leur avenir.

Une situation indigne d'un pays développé tel que la France

En 2014, l'étude ENFAMS (Enfants et Familles sans logement en Ile-de-France) menée par l'Observatoire

du Samu social de Paris a montré que plus de 90 % familles hébergées se trouvaient sous le seuil de pauvreté, pour certaines sans aucun revenu de subsistance, avec près de 8 familles sur 10 et 2 enfants sur 3 en insécurité alimentaire, un enfant sur 10 ne va pas à l'école : une situation indigne d'un pays développé tel que la France. Malgré les objectifs de réduction des nuitées hôtelières définis par le précédent gouvernement, le nombre de nuitées a continué d'augmenter faute de solutions alternatives suffisantes, et la durée des séjours va croissant. 90 % des familles hébergées sous le seuil de pauvreté.

Donner aux enfants un cadre de vie digne

Le Samu social de Paris a engagé des réformes importantes pour accroître la qualité des hébergements en favorisant l'implantation dans les établissements d'un espace de vie collective, d'une buanderie et d'une cuisine, en veillant à mettre en place dans certaines zones une distribution de paniers petit-déjeuner. Un programme baptisé « Mieux Vivre à l'Hôtel » permet chaque année à de nombreux enfants de partir pour de courts séjours, et de mener durant l'année des activités sportives et culturelles, indispensables pour sortir du contexte hôtelier. Ce programme doit être considérablement développé afin de répondre aux besoins des enfants hébergés.

Ce que nous proposons :

Engager un plan d'accès au logement pour les familles.

Permettre aux familles d'accéder à des hébergements d'urgence, tout en leur évitant de devoir s'en accommoder pour faire leur vie est essentiel. L'hébergement hôtelier doit redevenir une solution d'urgence, transitoire, avec une limitation de durée au-delà de laquelle les familles doivent pouvoir exercer un droit au logement pérenne. Dès maintenant, il est urgent de permettre aux 2 500 enfants qui vivent à l'hôtel depuis plus de 5 ans d'accéder avec leurs parents à un logement.

Agir ensemble pour l'avenir des enfants.

Au niveau de chaque région, l'ensemble des acteurs concernés (collectivités locales, Éducation nationale,

État) doivent travailler de concert afin de construire un parcours d'inclusion adapté aux enfants et à leur famille, avec pour objectifs de :

- Faciliter l'accès à l'école et à la cantine scolaire
- Favoriser l'accès à des activités périscolaires, sportives et culturelles
- Développer les lieux d'accueil enfants / parents avec un animateur et un psychologue pour permettre le repérage des difficultés psychologiques avant l'école
- Mobiliser les citoyens qui souhaitent contribuer à l'avenir de ces enfants

Développer les actions de notre programme « Mieux vivre à l'hôtel »

Pour aider les enfants dans le cadre de notre programme « Mieux vivre à l'hôtel », nous proposons de :

- Développer des actions de prévention santé, notamment en matière d'hygiène dentaire, d'accès aux lunettes, et de nutrition
- Développer des actions d'aide à la parentalité
- Développer des espaces ludo-pédagogiques pour tous dans les hôtels
- Proposer à chaque enfant des activités permettant de sortir de l'hôtel
- Développer l'accompagnement des enfants (aide aux devoirs mais également aux apprentissages)
- Expérimenter le parrainage afin d'aider les enfants à construire un avenir hors de la précarité.

En soutenant le Samu social de Paris, vous rejoignez ce combat en faveur des enfants sans domicile.

Ressources de la CADES – Besoin de décrypter et vulgariser!

Pour le citoyen ordinaire, ce que nous avons besoin de comprendre et faire comprendre, ce sont :

- Le fonctionnement du circuit de la CADES
- La traduction en chiffres de ce fonctionnement depuis 1996

Sachant que la CADES :

- a) Récupère les déficits cumulés de la Sécurité Sociale, constitués ainsi en « dette »
- b) Emprunte auprès des banques et sur les marchés financiers pour rembourser la dette
- c) Dispose des ressources fournies par la CRDS (à laquelle est venue s'ajouter au fil des années, une part de la CSG, soit 0,6 % environ de celle-ci + le produit de la vente du patrimoine de la Sécu!)
- d) Rembourse les prêteurs avec intérêts

Nous devrions, c'est notre droit de citoyen⁽²¹⁾ (*), avoir une vision claire :

- a) Du montant total de la dette reprise par la CADES (de 1996 à 2018)
- b) Du montant total de la dette remboursée par la CADES (de 1996 à 2018)
- c) Du montant total, cumulé, des emprunts contractés par la CADES
- d) Du montant total, cumulé, des ressources fournies par les différents prélèvements opérés pour la CADES
- e) Du montant total, cumulé, remboursé aux prêteurs en distinguant les parts correspondant au capital et aux intérêts

Le tableau fourni par la CADES semble répondre à ces demandes. Mais s'y retrouver dans les chiffres indiqués n'est pas simple!

Et quand, récemment, suite à la présentation des comptes 2018, le président de la CADES nous annonce

que la CADES a remboursé 60 % de la dette, soit 155 milliards, il ne nous dit rien sur le montant des emprunts qui ont été contractés à cet effet, rien sur le montant remboursé (intérêts compris) par la CADES, rien sur le montant cumulé de la CRDS + la part de la CSG acquittée par les salariés pour nourrir grassement ces banques et marchés financiers qui ont prêté à la CADES. Il apparaîtrait trop sans doute que la CRDS n'est qu'un énorme et scandaleux racket des travailleurs salariés qui a cours depuis 23 ans.

Financement de la CADES – Ses ressources proviennent :

1. **De la CRDS (Contribution pour le remboursement de la dette sociale) :** Son taux est de 0,5 %. Elle s'applique à l'ensemble des revenus d'activité et de remplacement, des revenus du patrimoine et des placements ainsi qu'à la vente des métaux précieux et aux gains des jeux de hasard. La loi du 13 août 2004 a élargi l'assiette de calcul de 95 à 97 % des salaires bruts et des allocations-chômage. La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 l'a étendue à 98,25 %. En pratique, ce sont très majoritairement les salariés, les chômeurs et les retraités qui supportent ce prélèvement.
2. D'une fraction de la CSG (Contribution sociale généralisée). La Loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 instaure une nouvelle ressource correspondant à 0,2 point de CSG portée à 0,48 point de CSG depuis le 1^{er} janvier 2011. À 80 %, ce sont les revenus d'activité et de remplacement qui supportent cette taxe.
3. D'un prélèvement social sur les revenus du capital. La Loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 a affecté à la CADES 1,3 % du prélèvement social sur les revenus du capital. Son taux est depuis le 1^{er} janvier 2013 de 4,5 %.
4. Du versement annuel du Fonds de réserve pour les retraites (FRR). La LFSS pour 2011 a prévu un versement annuel de 2,1 milliards d'euros de 2011 à 2024 soit un versement total de 29,4 Mds €. Ce fonds était initialement destiné à couvrir les besoins de financement des régimes de retraite.
5. Des ressources produites par la vente du patrimoine Sécu. Non seulement, la CADES dispose d'impôts affectés et payés en majeure partie par les salariés et les retraités, mais elle s'avère également être un outil

21 Déclaration des Droits de l'Homme : Art. 14. Tous les Citoyens ont le droit de constater, par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement, d'en suivre l'emploi, et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée.

de pillage du patrimoine de la protection sociale. L'ordonnance « fondatrice » a prévu dans son article 9 la vente au profit de la CADES des immeubles des Caisses nationales de Sécurité sociale et de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (ACOSS), à l'exclusion des locaux affectés à un usage administratif.

Motion de la Commission médicale exécutive du 1^{er} avril 2019

Alors que la communauté médicale s'engage, avec les personnels de l'établissement dans la mise en œuvre de l'ambitieux projet médical qu'elle a rédigé et voté à l'unanimité, la direction du Vinatier décide sans concertation d'un plan d'économies irréalisable et de la modification des règles institutionnelles et de fonctionnement de l'établissement.

La communauté médicale rappelle que le Vinatier est un hôpital qui ne peut être géré de façon simpliste comme une entreprise dont le seul but serait de faire des profits. En effet, sa responsabilité est de proposer le meilleur soin psychiatrique adapté possible au plus grand nombre. Si les conditions sociétales aujourd'hui compliquent nos missions, les décisions de notre direction les rendent impossibles à réaliser.

La communauté médicale tient à signaler les conditions d'exercice difficile dans lesquelles elle doit déjà travailler. Investis auprès des patients, de leurs soins, de leurs familles et de l'ensemble des personnes concernées, les Praticiens Hospitaliers et tous les médecins, quel que soit leur statut, se démultiplient pour combler les manques déjà existants, répondre aux demandes de soin de plus en plus nombreuses et proposer des soins de qualité et innovants. Certains d'entre nous sont déjà en Burn- Out, d'autres s'en approchent.

Nous ne pouvons pas et ne voulons pas renoncer à ce pour quoi nous nous sommes engagés dans le service public.

Nous partageons ce vécu et ces convictions avec les agents du Vinatier.

Nous refusons la diminution des budgets de notre établissement à hauteur de 7 à 8 millions d'euros (au minimum 10 à 15 postes médicaux, 50 à 70 postes non médicaux) auxquels se rajouterait un plan d'économie de 10 millions d'euros sur cinq ans pour lequel nous avons déjà voté contre à la quasi-unanimité (moins une voix).

Nous demandons les conditions de mise en œuvre de notre projet médical auquel notre direction a adhéré avant d'en décider autrement.

Nous demandons:

le rétablissement des budgets et des postes de soignants à l'hôpital du Vinatier

la réhabilitation du projet médical de l'hôpital du Vinatier et d'une dynamique et de conditions de travail empreintes de collaboration et de respect

Amiante - préjudice d'anxiété: Revirement de jurisprudence Le préjudice d'anxiété accessible à tous les exposés

N.D.L.R. : Les Cahiers ayant toujours soutenu cette action sont heureux de publier ce communiqué.

En rendant accessible la possibilité à tous les salariés exposés de faire reconnaître les mêmes droits, la cour de cassation a mis fin à une injustice. Même s'il n'a pas travaillé dans l'un des établissements mentionnés à l'article 41 de la loi du 23 décembre 1998, un salarié exposé à l'amiante et ayant, de ce fait, un risque élevé de développer une maladie grave peut demander la réparation d'un préjudice d'anxiété, sur le fondement du droit commun régissant l'obligation de sécurité de l'employeur. Même si le salarié doit apporter la preuve de son exposition, c'est la fin des décisions discriminatoires antérieures.

Cette décision rendue par l'assemblée plénière de la Cour de cassation, le 5 avril 2019, constitue un revirement de jurisprudence de la plus grande importance. Elle permet d'acter avec encore plus de force la reconnaissance du risque encouru par les salariés.

De plus c'est un élément essentiel qui devrait favoriser la reconnaissance des prochaines victimes qui ne manqueront pas de se déclarer.

Toutes les associations appelantes se félicitent de la décision de l'assemblée plénière, formation de jugement la plus solennelle. Elles considèrent que le délibéré du 5 avril 2019 est une étape essentielle dans la problématique de l'amiante.

Rappel :

Le 20 juin, la Cour de cassation se prononcera sur les dossiers de 732 mineurs de Lorraine exposés à l'amiante et à divers autres cancérogènes et ceux de 39 agents SNCF de Marseille exposés à l'amiante. Nous serons à leurs côtés.

- Fédération CGT et son syndicat du Personnel de la Production de la Région parisienne (SPPTE RP)
- Syndicat national des mineurs, assimilés et du personnel du régime minier CFDT
- Association nationale de défense des victimes de l'amiante (ANDEVA)
- Coordination des Associations des Victimes de l'Amiante et de Maladies Professionnelles (CAVAM).
La FNATH soutient ce communiqué.

Réalisation, Impression :



Dépôt légal : juin 2018

