



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°26
septembre
2017



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction

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

Comité de rédaction

D^r Alain BEAUPIN, Médecin Directeur du Centre de santé CCAS,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de Progressistes,
P^r Abdelmadjid BENHAMIDA, Professeur de Santé publique à la Faculté de Médecine de Tunis,
D^r Alain BRÉMAUD, Membre du bureau de la Fédération nationale de formation continue et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé,
D^r Omar BRIXI, Médecin de santé publique et enseignant,
M. Claude CHAVROT, ancien Président de l'IUT Paris-Descartes,
D^r Fabien COHEN, Chirurgien-dentiste, Secrétaire Général du Syndicat des chirurgiens-dentistes des centres de santé,
M^{me} Blandine DESTREMAU, Sociologue, Directrice de recherche au CNRS,
M. Dominique DURAND, Journaliste et écrivain,
M. Jean-Luc GIBELIN, Directeur d'hôpital, Membre du Collège Exécutif et responsable des questions de santé et protection sociale du PCF, Vice Président de la Région Midi Pyrénées,
M. Serge KLOPP, Cadre infirmier psychiatrique,
D^r Gilles LAZIMI, Médecin Directeur du CMS de Romainville, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie,
D^r Richard LOPEZ, Directeur de la santé à Saint-Denis, Président de la FNCS,
M^{me} Catherine MILLS, Universitaire, Économiste,
M. Frédéric RAUCH, Économiste, Rédacteur en chef d'Économie et Politique,
M^{me} Evelyne VANDER HEYM, Directrice d'hôpital en retraite,
M. Patrice VOIR, Maire-adjoint délégué à la santé de Grenoble,
D^r Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste, †
D^r Xavier VUILLAUME.

Comité de lecture

D^r Paul CESBRON, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
D^r Michèle LEFLON, Médecin hospitalier,
D^r Éric MAY, Médecin Directeur du CMS de Malakoff, Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé.

SOMMAIRE

Éditorial:

Le droit à une protection sociale pour tous les peuples : réenchanter le monde?

Par le D^r Michel Limousin. Page 7

Articles:

Prévention : pour un renouveau de la médecine sociale

Par le D^r Alain Beaupin, Président de l'Union confédérale des médecins salariés non hospitaliers Page 9

Médecin en CSAPA en 2017 : mission délicate...

Par le D^r Jean-Jacques PIK, Spécialiste en Médecine Interne
Médecin au CSAPA de Beauvais (SATO-Picardie) Page 15

L'adolescent seul en consultation de médecine générale: Intérêt et acceptabilité. Auto-questionnaire auprès de parents et d'adolescents.

Par les D^{rs} Saffraz Yassera, Zarrad Emna, Soares Andre, Robert Sarah, & Chastang Juli Page 22

Réforme des retraites Macron : une réforme systémique remettant en cause en profondeur notre société.

Par Daniel Junker Page 30

Quel avenir pour la Mutualité avec le 100 % sécu?

Par le D^r Fabien Cohen, Commission santé/protection sociale du PCF Page 37

Ce que contiennent les nouvelles ordonnances sur le travail? Page 40

Grippe aviaire 2016 : Danger sur la filière gras ou alibi pour sa restructuration?

Par Frédéric Rauch, économiste Page 44

Intervention de Bernard Thibault lors du Forum européen sur la voie chinoise 2017 organisé par l'Académie du marxisme de l'Académie des sciences sociales de Chine, la Fondation Gabriel Péri & le Parti communiste français Page 50

<i>Les brèves des Cahiers</i>	Page 53
-------------------------------------	---------

Les notes de lecture

<i>Note de lecture du Monde diplomatique « L'enfer du miracle allemand »</i> par Daniel Junker	Page 65
---	---------

<i>Note de lecture : Penser l'après... Essai sur la guerre, la sécurité internationale, la puissance et la paix dans le nouvel état du monde de Jacques Fath</i>	Page 66
--	---------

<i>Note de lecture Stratégie nationale de santé 2017-2022</i> par Mme Evelyne Vander Heym	Page 66
--	---------

<i>Le courrier des lecteurs</i>	Page 75
---------------------------------------	---------

Document

Que penser du « populisme de gauche » de Chantal Mouffe? par Jean Quétier	Page 76
---	---------

Communiqué de presse de la FNCS du mercredi 4 octobre 2017	Page 82
---	---------

Communiqué de presse Vaccination du 6 octobre 2017	Page 83
---	---------

La Fondation Gabriel Péri et Les cahiers de Santé publique & de Protection sociale vous invitent au Colloque international: « Le droit à une protection sociale pour tous les peuples » les jeudi 23 et vendredi 24 novembre 2017	Page 85
--	---------

Éditorial

Le droit à une protection sociale pour tous les peuples ; Réenchanter la mondialisation ?

L'heure est à la mondialisation. Elle est sous l'emprise néolibérale et permet l'explosion des méga-fortunes tandis que les inégalités de toutes sortes s'accroissent. Pourtant cette mondialisation et les richesses qu'elle crée, pourraient constituer un progrès si tout le monde en bénéficiait. En particulier grâce au développement d'une protection sociale qui protégerait les humains des aléas de la vie.

Aussi la fondation Gabriel Péri et les Cahiers de santé publique & de protection sociale se sont associés pour porter l'idée d'un colloque international sur ce sujet à l'automne. Après un long travail préparatoire de presque un an qui a réuni Michel Maso (Directeur de la fondation), Bernard Thibault (membre du CA de l'Organisation Internationale du Travail à Genève), Blandine Destremau (directrice de recherche au CNRS), le Dr May (Président de l'UNMCS), le Dr Kosadinos (syndicaliste franco-grec), le Dr Abdel El Abassi (Association tunisienne de la Défense de Droit à la Santé), le Dr Omar Bixi (médecin de santé publique, Université de santé publique du Maghreb), le Dr Félix Atchade (médecin de santé publique, Afrique subsaharienne), M. Frédéric Rauch (économiste, rédacteur en chef de la revue *Économie Politique*), Mme Tania Rémond (collaboratrice de la Fondation Gabriel Péri), M. Michel Cibot (Association française des communes, départements et régions pour la paix) et moi-même, nous sommes en mesure de vous proposer un colloque international de deux jours qui se tiendra **les 23 & 24 novembre 2017 sous la coupole de l'Espace Niemeyer, 2 place du Colonel Fabien à Paris.**

Le programme donné en fin de revue dans la zone documents fera une large part à la description des diverses situations de la protection sociale dans le monde. Il s'agit de faire l'état des lieux, de pointer les enjeux,

de noter les points d'appui pour développer ce droit à une protection sociale pour tous les peuples et de définir les axes stratégiques pour l'extension de ce droit. Communications, tables rondes et débats se succéderont durant ces deux jours. Ensuite nous publierons les Actes de ce colloque.

Parmi les intervenants nous ne pouvons ici citer tout le monde mais nous mentionnons particulièrement la présence de Mme Valérie Schmitt (directrice du département de la protection sociale de l'OIT), de Bernard Thibault, des sociologues Pinçon Charlot, de M. le Dr Belgacem Sabri (ancien Secrétaire d'État à l'immigration et à l'intégration sociale de Tunisie et Président de l'Association tunisienne de la défense du droit à la santé), du Dr Nishant Jain (gouvernement d'Inde), du Dr Yannis Baskosos (Secrétaire d'État à la santé publique de Grèce), du Dr Fujisue (Président de Min-Iren) et de M. le Pr Alain Supiot (Collège de France). La liste complète se trouve dans le programme dans les documents annexes.

Le nombre de place étant limité, il faut penser dès maintenant à vous inscrire sur :

inscription@gabrielperi.fr.

Oui, un autre monde est possible, qui fasse place à l'humain, à la solidarité, qui mette l'économie au service de l'Homme. Il n'est pas si loin. Il est à portée de main si on s'organise et si on s'en donne les moyens. Modestement. De façon réaliste. Mais tenace.

**Dr Michel Limousin,
Rédacteur en chef.**

Articles

Prévention : pour un renouveau de la médecine sociale

Par le Dr Alain Beaupin,
Président de l'Union confédérale des médecins salariés non hospitaliers

Que deviendra le médecin généraliste dans dix ans ? Il n'existera plus dans sa forme actuelle, remplacé par les algorithmes, la génétique, etc.⁽¹⁾. Telle est l'affirmation de Jean Tirole, président de l'école d'économie de Toulouse et Prix Nobel d'économie 2014. Prenons-la pour ce qu'elle est, une simple opinion, mais aussi comme une invitation à imaginer l'évolution des métiers du soin, les métiers de la prévention, et celle des organisations au sein desquelles ces métiers se déploient. La préparation de la stratégie nationale de santé 2017-2022 nous en offre l'occasion. Car contrairement à une croyance très répandue malgré les enseignements de l'histoire et l'absence de toute preuve en ce sens, l'avenir n'est pas écrit, il se construit.

1 - Comment porter toujours plus haut les valeurs de la médecine sociale ?

Médecine sociale, le terme est tombé en désuétude, mais nous l'emploierons ici à dessein, convaincus que ses fondamentaux conservent toute leur actualité.

La médecine sociale en quelques mots :

- Protection sociale solidaire, universelle.
- Équité dans l'accès aux soins.
- Pratiques médicales fondées sur les données probantes, indépendantes des lobbies industriels et financiers.
- Priorité à la santé publique et à la prévention.
- Démocratie et transparence dans les choix sociaux et sanitaires.

Les centres de santé portent très haut ces valeurs. Au point que le mode d'organisation des centres de santé est souvent confondu avec ces valeurs, tant du côté des promoteurs des centres de santé que de leurs utilisateurs et de leurs soutiens. Après tout pourquoi pas, c'est la force de cet objet social que sont les centres de santé de s'être construits dans des combats contre les égoïsmes, contre les conservatismes, contre les inégalités sociales et contre les marchands du temple, nous y reviendrons.

Le projet médical et social des centres de santé a longtemps été un **projet de rupture**. Dès 1962 le second congrès national des centres de santé avait

pour thème *la médecine d'équipe* alors qu'à la même époque le modèle libéral individuel était si dominant qu'il réussissait à imposer des abattements tarifaires pour les actes réalisés dans les centres de santé par rapport aux tarifs conventionnels libéraux. Dès 1965 les congressistes débattaient *planification, prix de la santé, coût de la médecine*, alors que les dépenses de santé ne représentaient encore que 4 % du PIB contre 9 % aujourd'hui⁽²⁾. En 1968, le 8^e Congrès des centres de santé, toujours organisé comme depuis son origine par les professionnels des centres de santé, avait placé ses travaux sous l'égide de *la recherche d'une rationalisation en politique sanitaire et médecine sociale*, bien avant qu'Ivan Illich ne pose le premier jalon de l'idée de décroissance en matière de médecine⁽³⁾, inflexion majeure dans la pensée médicale dont nous ne percevons encore que les prémices avec l'émergence des thèmes de la *surmédicalisation*, du *surtraitement*, des *surdiagnostics* et *surdépistages*, en contrepoint des interrogations sociétales sur le bien-fondé d'un certain modèle de médecine dont les craquements répétés se nomment Distilbène, sang contaminé, Vioxx, Médiator, vaccin H1N1, pilule de 3^e génération, Dépakine, implants essure ou encore Levothyrox. Mais c'est une autre histoire. Nous ne la développerons pas ici.

Restons sur notre organisation des soins et nos valeurs. De nos jours le modèle de l'exercice en équipe pluriprofessionnelle coordonnée, repris depuis quelques années dans le monde libéral sous la forme des maisons de santé pluriprofessionnelles, est passé du statut de projet de rupture à celui de **standard de qualité**. L'exercice en équipe correspond désormais à l'état de l'art dans

1 Jean Tirole : « Le marché du travail est inégalitaire et inefficace », Le Monde vendredi 15 septembre 2017

2 Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) distincte de la dépense courante de santé (DCS) plus élevée. Hélène Soual (DREES), 2017, « Les dépenses de santé depuis 1950 », Études et Résultats, n°1017

3 Ivan Illich, Némésis médicale, Seuil, Paris, 1975

notre pays⁽⁴⁾. Le corollaire de ce changement de statut, c'est le risque de ne pas se renouveler. Comme tout projet parvenu à un certain stade de maturité, il peut être tenté de vivre sur ses acquis. Avant de commencer à s'enfermer dans l'immobilisme, puis d'être éventuellement supplanté par autre chose. Paradoxalement, alors que le projet des centres de santé semble au faite de sa gloire, le récent congrès des centres de santé l'ayant illustré par la qualité des thèmes traités et son audience⁽⁵⁾, il n'a jamais été aussi nécessaire de veiller à écarter ce risque de dépérissement. Dépérissement ou déclin qui menace tout projet social à un certain stade son développement. La vigilance s'impose car le modèle *centres de santé* n'a plus autant besoin des forces militantes qui l'ont porté pour continuer à exister. Au temps de la rupture pourrait succéder celui de la gestion, dans un contexte politique général encore mal remis du tournant de la rigueur de 1983. Autre facteur de confusion, les valeurs ayant porté les centres de santé à leur niveau actuel sont désormais confondues avec l'objet qu'elles ont produit. Dans la pensée collective, il suffirait que *l'objet centre de santé* prospère pour que les *valeurs* qui l'ont nourri prospèrent avec lui, entraînés dans son sillage. Mais les choses ne se passent pas ainsi.

2 - Des valeurs sociales à défendre sans concession

L'avenir n'étant pas écrit, répétons le, rien ne garantit qu'un autre modèle, moins efficace sur le plan humain, plus individualiste, plus coûteux, moins performant, mais plus facile à mettre en œuvre dans un contexte de protection sociale moins solidaire ne l'emportera pas sur le standard de qualité d'aujourd'hui, pour devenir le modèle de demain. L'absence de déterminisme dans l'évolution des choses vaut dans les deux sens. L'évolution que nous appellerions de nos vœux est possible, comme celle qui nous déplairait. C'est ainsi qu'il nous faut relever une fragilité dans le dispositif des centres de santé tel qu'il est aujourd'hui organisé. La **force propulsive** de la médecine sociale, repose depuis les origines sur deux moteurs. Un projet professionnel d'une part, un mouvement social d'autre part. Décalque d'un

système de pensée issu des conventions libérales, l'accord national des centres de santé a tenu à l'écart jusqu'ici les professionnels des centres de santé. Affaiblissant le projet global, déséquilibré au détriment du projet de santé, ouvrant un espace excessif à des logiques gestionnaires. Sous sa forme actuelle, **l'accord national des centres de santé constitue un facteur de fragilité** et un obstacle à l'innovation des pratiques médicales. Cette situation anachronique devra être corrigée.

D'autant que la période récente a montré que **certains des promoteurs des centres de santé ne défendent plus les valeurs historiques des centres de santé**. C'est ainsi que lors des réunions du groupe de concertation des centres de santé réunissant au Ministère de la santé toutes les parties prenantes durant cette année 2017, la Mutualité française a approuvé l'ouverture de la gestion des centres de santé au secteur des cliniques commerciales lucratives. Rupture majeure avec les valeurs de non lucrativité qui fondent les centres de santé. Tout aussi préoccupant, une autre organisation représentative des centres de santé, la Fédération nationale des centres de santé n'a pas pris position sur cette possible ouverture aux cliniques commerciales, la question n'ayant même pas été mise en débat dans ses instances. Les organisations représentatives des professionnels des centres de santé se sont retrouvées bien seules pour **dénoncer la marchandisation de la santé**⁽⁶⁾ et l'ouverture du secteur des centres de santé aux cliniques privées commerciales gérées par des groupes financiers.

3 - Les acteurs de la prévention et de la santé publique

Les centres de santé ne sont pas seuls à porter les valeurs de la médecine sociale. Autres hérauts de ces valeurs : les acteurs de la prévention de service public. À savoir la protection maternelle et infantile, la planification familiale, la santé scolaire et la santé au travail. Nous ne traiterons pas ici de la santé au travail. Elle appelle des développements particuliers qui dépassent notre propos du jour. À l'instar des centres de santé, ces services sont à la fois des modes de dispensation des soins, principalement préventifs en l'espèce, et des enjeux importants du point de vue du modèle social sur lequel repose la société française. La disparition progressive

4 L'exercice regroupé pluriprofessionnel en maisons, pôles et centres de santé génère des gains en matière de productivité et de dépenses, Résultats de l'évaluation des sites participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), Questions d'économie de la santé Irdes n° 210. Juin 2015, Mousquès J., en collaboration avec Daniel F. (Irdes), L'impact de l'exercice regroupé pluriprofessionnel sur la qualité des pratiques des médecins généralistes, Résultats de l'évaluation des maisons, pôles et centres de santé participant à l'Expérimentation des nouveaux modes de rémunération (ENMR), Questions d'économie de la santé Irdes n° 211. Juillet août 2015, Mousquès J., en collaboration avec Daniel F. (Irdes)

5 <http://www.lescentresdesante.com/wp-content/uploads/2017/09/Programme-complet-du-congres-des-centres-de-sant%C3%A9-2017.pdf>

6 Non au virage lucratif pour les centres de santé, 6 septembre 2017, <http://www.lescentresdesante.com/communique-non-virage-lucratif-centres-de-sante-oui-a-ordonnance-conforte-linnovation-lequite-sociale/>

de ces services dans bien des territoires⁽⁷⁾ mobilise la population pour les défendre.

L'hôpital public lui aussi est inscrit dans cette famille de pensée. Le Mouvement de défense de l'hôpital public dénonce avec constance *l'étranglement progressif des hôpitaux par l'Ondam et la T2A*⁽⁸⁾. Il réclame également *une meilleure coordination avec les professionnels travaillant en amont et en aval de l'hôpital et la construction d'un service de la médecine de proximité (...) pour assurer cette mission prioritaire de santé publique.*

Sauf à croire, comme nous l'évoquions en introduction, à un quelconque déterminisme dans l'évolution des sociétés qui rendrait toute action publique inutile puisque *tout est écrit dans un grand livre quelque part là-haut* ou bien *quelque part là-bas en dessous, dans les ténèbres de l'enfer* selon l'humeur du jour, on peut sourire, la question qui se pose est la suivante : comment porter aujourd'hui les valeurs de la médecine sociale pour les faire fructifier toujours plus ?

4 - Des valeurs pour fonder l'action et renouveler le projet social et médical

Si l'on s'en tient au champ de l'offre de soins, curatifs et préventifs, sur lequel porte notre réflexion, on relève donc l'existence de valeurs partagées, construites au fil des décennies et inscrites dans un système de pensée cohérent. C'est un constat. Défendre ces valeurs pour elles-mêmes, les comprendre, expliquer leur portée pratique est certes utile pour les renforcer et les faire partager par le plus grand nombre. Mais ça ne suffit pas.

La très classique **défense sectorielle** de ces valeurs, secteur par secteur, en réponse à des *attaques*, au demeurant bien concrètes, contre les institutions qui les portent est une réponse insuffisante. Il faut dénoncer sans complaisance l'attitude des maires de Colombes (92) et d'Orly (94) qui organisent le dépérissement et la fermeture de leurs centres de santé. Tout comme les décisions du conseil départemental des Hauts de Seine qui ferme des services de PMI, ou celles de l'éducation nationale qui laisse mourir la santé scolaire. Ou encore les décisions de fermeture des hôpitaux de proximité.

7 En Seine-Saint-Denis, mobilisation face à la « disparition » de la médecine scolaire, LE MONDE, 31 août 2017

8 L'étranglement progressif des hôpitaux par l'ONDAM et la T2A, 29 septembre 2017, <http://mouvementdedefensedelhopitalpublic.fr/letrangement-progressif-des-hopitaux-par-londam-et-la-t2a/#more-994>

Certes, les acteurs de la médecine sociale ont une forte conscience de l'utilité sociale de leurs métiers et des institutions dans lesquelles elles s'exercent. C'est l'une des forces de ces services publics. Mais l'indispensable **combat défensif**, *contre* les réductions d'effectifs, *contre* les fermetures, *contre* les coupes budgétaires, s'il ne s'accompagne pas *en même temps* d'une offensive sans concession pour revivifier le projet social contribue paradoxalement à un affaiblissement de ce même projet social dans les institutions au sein desquelles il cesse de se régénérer. À se placer sur un terrain défensif, qui brûle l'essentiel des ressources sans résultat tangible, on perd de vue les objectifs généraux, on ne renouvelle pas le projet. L'horizon s'éloigne et le but poursuivi devient de plus en plus flou. Dans une société qui évolue, dans une société dont les besoins prennent des formes inédites, toute forme de réponse sociale ou organisationnelle qui se fige, cesse de se revivifier, cesse d'évoluer est condamnée à la disparition, à quelques poches de survie près.

À la décharge des acteurs de terrain et de leurs représentants, dont nous sommes, il faut bien admettre que le **cloisonnement du système de santé**, désormais si souvent dénoncé dans les éléments de langage gouvernementaux, est organisé par le système lui-même. Dans un système budgétaire cloisonné, la médecine de ville d'un côté, la médecine hospitalière de l'autre, le médico-social ailleurs encore, la prévention enfermée dans ses propres limites, les acteurs n'ont aucun intérêt économique à travailler ensemble. Pire encore les modes de tarification différents, paiement à l'acte en ville, tarification à l'activité à l'hôpital, s'ils ne sanctionnent pas les auteurs de ruptures de parcours de soins récompensent financièrement les mauvais élèves de la coopération qui conservent sous leur coupe des patients qui seraient mieux pris en charge ailleurs. Les exemples abondent, nous ne développerons pas.

5 - Prévention publique : innover ou périr

Le dispositif curatif est en désordre, mais la situation est tout aussi mal organisée du côté de la prévention. Sauf exceptions locales issues de l'histoire, la **santé scolaire** est gérée en interne par l'Éducation nationale, dont la santé n'est pas le métier et encore moins la préoccupation. Les vacances de postes de médecins scolaires, plus massives années après années, donnent lieu à redéploiements budgétaires en faveur d'autres missions, au détriment de la santé. La **Protection maternelle et infantile** est confiée pour l'essentiel aux départements, dont beaucoup, en tension budgétaire, arbitrent en faveur d'autres missions que celles de la PMI. Budgets d'État,

budgets de collectivités territoriales et facturation à l'acte sur l'Ondam de ville, les budgets et les ressources sont là, pour l'essentiel. Mais les flux budgétaires ne sont pas lisibles, tandis que les projets médicaux et sociaux qu'ils servent sont tombés en désuétude. Personne ne conteste le diagnostic.

C'est dans ce contexte que **le gouvernement affirme vouloir développer la prévention**, la prévention étant même l'une des quatre priorités de la stratégie nationale de santé 2017-2022. Les trois autres priorités sont tout aussi remarquables : lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins, ainsi que l'innovation. Des priorités qui déclinent de façon concrète les valeurs de la médecine sociale. Certes ce ne sont qu'intentions à ce stade et l'on entend volontiers les commentaires sur l'écart entre le discours et les actes, air connu, commentaires inspirés des enseignements du passé selon lesquels il y a parfois loin des intentions aux actes. Mais l'heure n'est pas aux commentaires, et de toute façon nous ne plaçons pas dans ce registre, mais dans celui de l'action.

Comment agir aujourd'hui pour donner un nouvel élan aux valeurs fondatrices de la médecine sociale dans le cadre politique actuel ? Telle est la question que nous aborderons dans cette dernière partie de notre exposé.

6 - Comment soigner la prévention ? Signes, diagnostic, traitement

Reprenons le raisonnement que nous avons essayé de formuler précédemment. Rappelons au lecteur qu'il s'agit de refonder le projet de la médecine sociale et de lui donner un nouvel élan, cohérent dans la vision, appuyé sur des valeurs partagées par le plus grand nombre, déclinées selon des modalités adaptées aux besoins des populations et des territoires desservis.

La prévention est sans nul doute l'objet le plus délicat à cerner puis à traduire en modalités d'action. Cette difficulté s'explique par de multiples causes, l'une d'entre elle, première à nos yeux, tient à l'absence d'un corpus théorique commun à la médecine de soins et à la santé publique, du moins dans notre pays⁽⁹⁾. Contrairement à d'autres pays, la France a en réalité construit son système de santé autour du soin, ce dernier dominant la pensée médicale selon un mode impérialiste⁽¹⁰⁾, tandis que la

santé publique, durablement affaiblie a cru trouver le salut dans une sorte d'autonomie par rapport à la médecine, laissant de facto le champ libre au modèle biomédical amené à dominer la pensée médicale jusqu'à nos jours. Même la Loi de santé publique de 1902, fondatrice, a pu être qualifiée de victoire à la Pyrrhus des hygiénistes.

On a peu commenté le choix de la **Cour des comptes** d'exclure la protection maternelle et infantile et la médecine du travail dans son rapport de 2011 consacré à la prévention, intitulé *la prévention sanitaire*⁽¹¹⁾. En réponse à une demande de la commission des affaires sociales et de la mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale (MECSS) de l'Assemblée nationale, la Cour des comptes a réalisé une enquête sur le bilan et l'évaluation de la prévention en santé. Ainsi qu'il est précisé dans l'introduction, *la cour a fait le choix de centrer l'enquête sur la gouvernance et les processus de gestion des actions de prévention proprement sanitaire, c'est-à-dire dépendant du ministère de la santé dans la définition de leurs objectifs et reposant essentiellement sur le système de soins dans leur mise en œuvre. Ont été notamment exclues du périmètre des travaux les problématiques spécifiques de la protection maternelle et infantile, de la santé au travail, de la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles ainsi que les questions d'ordre environnemental*. Aussi explicable que puisse être ce choix, il s'inscrit dans une longue histoire dont on aimerait écrire un nouveau chapitre sur des bases différentes.

7 - La prévention sanitaire, un champ aujourd'hui morcelé

Sur le plan du **diagnostic**, c'est une mission de l'Igas qui relève en 2005 que *la PMI apporte une contribution importante à la promotion de la santé des enfants, des jeunes et des familles*⁽¹²⁾ tout en relevant des disparités selon les départements qui ne semblent pas corrélées à des indicateurs de santé. Elle souligne aussi le *positionnement complexe* de la PMI au sein des services départementaux et son corolaire, *un fort déficit d'évaluation*. Elle relève également que *les relations avec l'assurance maladie sont limitées à la seule mise en œuvre au niveau local de contributions financières qui d'ailleurs s'organisent de*

9 Beaupin A., Repenser la médecine, in Grimaldi A. et al., Les maladies chroniques, Odile Jacob Ed. 2017, pp. 643-648

10 Tabuteau D., *Démocratie sanitaire. Les nouveaux défis de la politique de santé*, Paris, Odile Jacob, 2013.

11 Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (art. L.O. 132-3-1 du code des juridictions financières), La prévention sanitaire, octobre 2011

12 Étude sur la protection maternelle et infantile en France, Rapport de synthèse, Danièle Jourdain-Menninger, Bernadette Roussille, Dr Patricia Vienne et Christophe Lannelongue, Inspection générale des affaires sociales, novembre 2006

manière très différentes d'un département à l'autre. Elle estime à un maximum de 60 millions € les sommes versées en 2004 à la PMI par les CPAM, tandis que les dépenses nationales de PMI sont évaluées à 700 M€. La CNAMTS, peu engagée dans la PMI, se prive d'un relais important pour mettre en œuvre ses objectifs de prévention alors qu'elle contribue, via les CPAM, au fonctionnement des services de PMI. Du côté du ministère de la santé, l'enquête annuelle menée par la Drees, portant sur l'offre de PMI et sur son activité⁽¹³⁾, ne comporte pas d'item en rapport avec les aspects budgétaires, et par conséquent ne produit pas de données en la matière. État des lieux toujours, on peut estimer plus lisible la situation budgétaire en matière de **santé scolaire**, dans la mesure où l'État assure l'essentiel des ressources de ce service de prévention, mais ça reste à préciser. Sur la base des données disponibles, le CESE⁽¹⁴⁾ évalue la dépense nationale de PMI à 700 millions d'€ par an environ, soit 1,8 % des budgets départementaux, et la dépense de l'État en faveur de la médecine scolaire à 460 millions d'€. En tout état de cause, pour le CESE, **il faut remédier à l'insuffisance de pilotage** de la politique de santé en faveur de l'enfance et de la famille. Selon ses termes, l'action sanitaire des PMI devrait s'inscrire dans une stratégie nationale définie afin de fixer les grandes orientations et les objectifs attendus.

8 - Scénario pour un renouveau de la médecine sociale et de la prévention

La période qui s'ouvre actuellement, c'est notre thèse, ouvre un nouvel espace à la médecine sociale. Et partant de là, un nouvel espace pour la santé publique et la médecine de prévention. À cela deux raisons. En premier lieu le déclin objectif d'un modèle biomédical dominant jusqu'ici sans partage, ne produisant plus que des gains marginaux pour des coûts à la croissance explosive, et en second lieu l'aspiration à une décroissance de l'interventionnisme du soin. Nous avons cité Illich visionnaire et précurseur de la remise en cause du modèle biomédical, nous avons fait état de **la remise en cause**

grandissante de ce modèle par la population⁽¹⁵⁾. Nous avons cité Tirole qui avec bien d'autres affirme que le métier de médecin sera profondément bouleversé dans les dix prochaines années. Dix ans c'est tout de suite, à l'échelle de temps d'une carrière professionnelle ou d'un mode d'organisation des soins. **Le moment est venu d'occuper cet espace du renouveau** et d'ouvrir le débat des innovations organisationnelles en matière de prévention. À défaut, face à des enjeux complexes, il y a fort à parier que s'imposera la vision simpliste (et fautive) largement partagée dans le monde de la santé et dans les cercles gouvernementaux, à savoir que le soin est dans la prévention et réciproquement, et qu'il suffit de *libérer les énergies* pour que tout naturellement s'impose l'ordre naturel des choses, consensuel et sobre en ressources, en un mot un monde merveilleux. Que de temps serait perdu ! Combien se creuserait encore un peu plus l'écart entre la population et les élites ! Dénonçons l'imposture, propositions argumentées à l'appui.

9 - Innovation organisationnelle et pilotage national : la prévention de service public aussi

Impossible de se résoudre à la mise à l'écart des services publics de prévention, tels que PMI, planification familiale et santé scolaire alors que le gouvernement entend développer la prévention.

Impossible d'entendre que désormais la prévention serait confiée à la médecine de soins, fut-elle exercée en centre ou maison de santé, et encore moins à l'hôpital comme on l'entend parfois, peut-être à titre de compensation de la perte de son leadership pour cause de virage ambulatoire.

Impossible de s'y résoudre dans un moment où se dessine un cadre d'expérimentations, piloté nationalement, pour l'innovation dans le système de santé par le biais de l'article 35 du projet de Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018. L'exposé des motifs stipule que le travail en équipe pluriprofessionnelle de proximité constitue actuellement une des voies les plus avancées pour assurer une prise en charge coordonnée, mais aussi pour **développer la prévention au plus près des patients**.

Comment articuler équipes de soins primaires et prévention publique ? La question mérite réponse alors

13 Dans le cadre de l'enquête sur l'aide sociale auprès des conseils départementaux, la DREES recueille chaque année des données sur les personnels et activités des services de PMI, les établissements et services d'accueil de la petite enfance (accueil collectif, familial, assistantes maternelles), <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/aide-et-action-sociale/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi/article/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi>

14 La protection maternelle et infantile, Avis du Conseil économique, social et environnemental (CESE), Christiane Basset rapporteure, séance du 14 octobre 2014, p. 12

15 Vaccins, scandales sanitaires, désinformation... la défiance des français envers le corps médical et l'industrie pharmaceutique s'accroît, Le Monde, 8 octobre 2017

que chacun souhaite une amélioration de l'accès aux soins et à la prévention dans les territoires fragiles. Alors qu'on se dirige, en matière de soins, vers l'organisation de services à la population d'initiative territoriale ou professionnelle⁽¹⁶⁾, pilotés nationalement, il serait judicieux de soutenir les initiatives visant à une synergie avec les services de prévention publique dans ces mêmes territoires.

L'une des clefs de la réussite sera l'organisation de coopérations entre équipes de soins primaires, équipes de protection maternelle, infantile, et de santé à l'école. Quoi qu'il en soit, sauf à prendre acte de la fin programmée de la PMI et de la santé scolaire, le gouvernement ne pourra éluder la question récurrente, pointée rapport après rapport, d'un pilotage de la politique publique de prévention en faveur de l'enfance, de l'adolescence et de la famille.

Exemple de scénario pour la prévention de service public

1 - Revaloriser les missions des services de santé préventive de la famille et de l'enfance y compris à l'école, mettre en place un pilotage national

Mettre à niveau, refonder, et renforcer les missions dévolues aux services publics de prévention (PMI et santé scolaire), organiser leur pilotage au sein de la politique nationale de prévention, unifier leur cadre, valoriser leurs actions spécifiques et renforcer leur adaptation au terrain

2 - Regrouper et sanctuariser les budgets

Organiser au niveau régional (ARS) une allocation de ressources nationales, non fongibles dans le soin

3 - Renforcer le rôle des collectivités territoriales dans la santé préventive

Départements, métropoles, régions, en tenant lieu de l'existant et des besoins locaux
Imaginer des modes d'intervention adaptables, autonomes ou bien intégrés.

4 - Renforcer l'articulation de la prévention publique avec les soins primaires

Centres de santé, centres de santé universitaires, hôpital

Exemple de réponse

Centres de santé préventive de la famille, de l'enfant et de l'adolescent

Dévolu à la prévention

Articulés avec autres structures de santé si nécessaire

Exercice pluriprofessionnel,

Exercice multisite ou mixte possible (réponse en zone fragile)

Exemples de références : (ce qui existe déjà en lien avec des équipes de soins primaires de centre de santé)

PMI

CPEF

CeGIDD

Vaccinations gratuites

etc.

¹⁶ Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018, Rapport charges et produits, Juillet 2017

Médecin en CSAPA en 2017 : mission délicate...

Par le Docteur Jean-Jacques Pik⁽¹⁷⁾

Spécialiste en Médecine Interne, Médecin au CSAPA de Beauvais (SATO-Picardie)

17 sato.pik.jj@orange.fr

L'organisation de la prise en charge des addictions en France repose sur différents types de structures sanitaires et médico-sociales, elle est actuellement fondée sur un arsenal réglementaire qui découle et précise la trop fameuse Loi de 1970 qui reste actuellement en vigueur. Parmi cet arsenal figure les décrets et circulaires de 2006/2007/2008 qui créent, dénomment les structures actuelles, CSAPA et CAARUD et en fixent les missions. Historiquement, les CSAPA ont été précédés par les CSST dont le champ d'action couvrait les drogues illicites, tandis que les CHAA, eux-mêmes issus des CHAA de la génération précédente, s'occupaient des problématiques d'alcool.

Le concept de conduites addictives, donnant priorité au comportement par rapport aux substances, a présidé à l'actuelle définition généraliste des CSAPA qui sont censés prendre en charge toutes les formes d'addiction, qu'il s'agisse de substances illicites, d'alcool, de tabac, de médicaments psychotropes mais aussi d'addictions dites « sans produit » dont le champ est sans limites, troubles de comportement alimentaire, addiction sexuelle, internet, jeux vidéo, jeu pathologique. L'intervenant en CSAPA, qu'il soit médecin, infirmier, éducateur spécialisé, psychologue ou travailleur social se doit donc d'être au fait de tous ces domaines, ce à quoi il est peu préparé.

L'histoire sanitaire récente a individualisé deux grands types de structures :

- Celles qui s'intègrent dans le monde hospitalier, la plupart du temps public, parfois privé. On y compte les services hospitaliers d'addictologie dont certains (mais pas tous loin de là) sont issus du monde de la psychiatrie, les hôpitaux de jour, les ELSA et les consultations externes et centres d'activités dont certains sont assimilables à des CSAPA. Idéalement, tout centre hospitalier devrait être doté de lits de « sevrage » de court séjour et d'une ELSA. On y compte également des services de soins de suites addictologiques et des centres de post-cure. C'est

dans ce domaine que les structures privées sont les plus nombreuses, et qu'au modèle de la gériatrie quoiqu'avec un peu de retard, les appétits des grands opérateurs privés de la santé s'aiguisent.

- Celles qui sont de nature médico-sociale, non adossées à une structure hospitalière. La plupart de ces CSAPA sont des structures associatives qui ont passé convention avec l'Agence Régionale de Santé et sont considérées par celle-ci comme des opérateurs agréés. On y retrouve à la fois des anciens CSST et des anciens CHAA qui ont bien souvent conservé une grande partie de leur orientation d'origine (ne serait-ce, côté des CHAA, du fait de leur organisation nationale au sein de l'ANPAA). Le statut des personnels de ces CSAPA associatifs est régi par la Convention 66.

Les médecins des CSAPA médico-sociaux travaillent donc dans un environnement professionnel socio-éducatif pluridisciplinaire auquel ils ne sont pas forcément habitués. Ils y retrouvent des éducateurs spécialisés, des travailleurs sociaux, ainsi que des infirmières et psychologues dans des proportions éminemment variables en fonction des structures, de leur histoire et des orientations de leur projet d'établissement. La plupart des dirigeants de ces établissements sont issus des professions de l'éducation ou de l'action sociale, beaucoup plus rarement du soin, avec une connaissance plus ou moins grande du monde médical, de ses codes, de ses traditions, et de son langage.

De fait, la question de la subordination du médecin à la direction de l'institution peut s'avérer problématique en fonction de la place qui est faite aux médecins dans la direction opérationnelle de la structure et de l'attitude plus ou moins intrusive de ladite direction dans les affaires médicales. Au fond, il s'agit plus ou moins de la même situation que celle des praticiens hospitaliers vis-à-vis des directions hospitalières depuis les règles de la nouvelle gouvernance hospitalière instituées au cours de la décennie précédente.

L'une des questions clés de l'exercice concerne donc la pratique pluri-disciplinaire, pluriprofessionnelle et le sujet potentiellement épineux du partage des informations et de la confidentialité médicale. Le cadre juridique de ce partage d'informations a été refondé par la Loi Santé du 26 janvier 2016 et le décret du 20 juillet 2016. Il y est précisé que le médecin *peut* partager avec des professionnels éducatifs et sociaux les informations qu'il juge utile de partager, en se limitant à ce qui est strictement nécessaire à la continuité des soins. En dernier ressort, le médecin est seul juge de son appréciation de ce qui apparaît comme « strictement nécessaire » et devra éventuellement le justifier devant le tribunal. Le droit de l'usager à s'opposer à ce partage d'information reste actif, mais chez des personnes en forte vulnérabilité psychique et sociale, ce droit demeure très théorique. Il n'échappera à personne que d'importantes considérations éthiques sont mises en jeu par ces termes juridiques, sachant que la culture du secret professionnel n'est pas identique dans tous les corps de métier du champ social et médico-social.

De fait, le partage d'informations était déjà largement répandu au sein des équipes des CSAPA et s'effectuait de manière naturelle et bienveillante, le décret ne fait donc qu'apporter le cadre juridique qui manquait à cette pratique. Il n'en reste pas moins que certains de nos collègues, plus sensibles que d'autres à l'individualisme de notre profession, se trouvent parfois en difficulté avec cette notion de partage d'information hors du cadre strictement médical.

La raison d'être des CSAPA englobe des activités d'information, prévention et soins aux usagers de drogues et aux personnes présentant des conduites addictives. Ces activités s'imbriquent les unes dans les autres et la distinction peut paraître artificielle, car on ne peut concevoir des soins sans prévention associée, au moins prévention secondaire, et inversement, on ne peut concevoir de prévention sans accès aux soins. Le médecin sera par nature plus souvent impliqué dans les soins proprement dits mais son expertise doit venir soutenir les actions de prévention et d'information. Dans certains CSAPA, les lieux de réception du public pour information et prévention sont distincts des lieux de soins proprement dits. L'intérêt est de faire en sorte que les publics ne se croisent pas entre ceux qui viennent chercher des informations (jeunes, familles...) et les usagers de drogues « expérimentés » qui sont en cours de soins. La réalité est bien souvent plus triviale : histoire de locaux distincts ou non, de chemins d'accès différents. À Beauvais par exemple, le médecin est amené à intervenir lors des stages de sensibilisation que le SATO organise

à la demande de la Justice pour les consommateurs de cannabis. Le stage dure quatre demi-journées, le temps d'échange autour des questions médicales dure deux heures qui passent très vite, les stéréotypes ont la vie dure, les pseudo-connaissances aussi, et les incertitudes sont nombreuses.

Pour aborder l'activité médicale proprement dite, un nouveau retour en arrière s'impose. L'approche des soins aux toxicomanes, particulièrement aux héroïno-dépendants, s'est longtemps limitée à la priorité au sevrage comme préalable à toute prise en charge, à la rigueur à l'accompagnement médico-psychologique de celui-ci, et bien souvent, il faut le dire, cette approche, largement dominante dans le corps médical au cours des années 60 et 70 s'apparentait de facto à un refus de soins, tant le sevrage était physique difficile. Ce n'est, en France, qu'au cours de la décennie 80, que le concept de réduction des risques a commencé à voir le jour avec la menace du SIDA. L'autorisation de la vente libre des seringues en pharmacie ne remonte qu'à 1987 (décret BARZACH) et les premiers programmes d'échange de seringues ont vu le jour en 1990. Ce concept de réduction des risques allait ensuite progresser avec l'ouverture des premiers CSST au cours des années 90 avec l'objectif d'y délivrer quotidiennement un médicament de substitution, la Méthadone, à un nombre limité de personnes toxicodépendantes acceptant de signer un contrat extrêmement strict quant à la procédure. Ce médicament morphinique de synthèse, analgésique issu de la recherche pharmaceutique allemande dans les années 30-40, a été utilisé à partir des années 60 comme substitut chez les dépendants aux USA. Le brevet est détenu en France par la Pharmacie Centrale des Hôpitaux de Paris, conditionné depuis 15 ans par un laboratoire privé (BOUCHARA-RECORDATI) qui fabrique sous licence de la PCH ses formes galéniques en sirop et gélules. En 2015, un peu plus de 50 000 personnes étaient traitées en France par Méthadone. L'initialisation de la Méthadone reste réservée aux CSAPA et aux établissements de santé (ces derniers depuis 2002) mais le relais en médecine de ville est possible. La question de l'initialisation de la Méthadone en médecine de ville est sans cesse repoussée malgré un solide argumentaire et des études de vie réelle qui en montrent la faisabilité pourvu que les prescripteurs soient volontaires, bien formés et qu'ils aient établi un lien solide et efficace avec un CSAPA pour le soutien éducatif et psychosocial.

En 1996, un autre médicament de substitution a obtenu une autorisation de mise sur le marché dans

cette indication, la buprénorphine haut dosage, sous le nom de SUBUTEX[®]. Le SUBUTEX[®] a d'emblée pu être prescrit de façon plus large par n'importe quel médecin quelle que soit sa spécialité, y compris les médecins généralistes. Cette diffusion a connu un succès rapide, permettant l'accès à la substitution pour beaucoup d'usagers. Certes ce médicament a fait l'objet de nombreuses dérives, mésusages, trafics mais il a globalement facilité le maintien dans le circuit des soins de beaucoup d'héroïno-dépendants. De fait, il reste en 2015 remboursé à près de 100 000 personnes, sous forme princeps ou sous forme générique. De fait, son principal danger consiste en la gravité des conséquences des détournements d'usage par injection, posant la question de la mise à disposition de présentations injectables dans le but de réduire les risques et les dommages des injections. Celle-ci, jugée pertinente par l'ANSM, se voit également sans cesse repoussée. Une nouvelle co-formulation avec un antagoniste opiacé (sous le nom de SUBOXONE[®]), pourtant très favorisée par les autorités sanitaires au nom de la réduction du mésusage, peine à décoller (7 500 patients en 2015).

L'utilisation du sulfate de morphine n'est plus autorisée depuis l'AMM du SUBUTEX[®] mais des cas dérogatoires existent encore dans le cadre de la « circulaire GIRARD » de 1996, ignorée de presque tous, mais qui permet de donner un cadre réglementaire aux quelques centaines d'usagers pour lesquels l'on n'a pas trouvé d'autre solution.

Le changement de terminologie qui a vu récemment les « médicaments de substitution » devenir des « agonistes opiacés » est loin d'être anodin. Il s'agit dans l'esprit des usagers... Et des médecins, d'éteindre l'image de la drogue de remplacement qui leur est, consciemment ou non, associée.

Le médecin de CSAPA passe donc une grande partie de son temps à mettre en œuvre l'un ou l'autre des traitements agonistes, ce qui signifie en poser l'indication avec l'usager, choisir le traitement adapté, débiter ce traitement de manière progressive, surveiller sa mise en œuvre par l'évaluation clinique et les tests urinaires. L'équipe infirmière réalise la distribution pratique aux usagers, l'évaluation clinique également, la gestion du stock, les commandes de Méthadone. Le CSAPA reçoit la Méthadone par une pharmacie d'officine en milieu ouvert, par une pharmacie à usage intérieur si c'est un CSAPA hospitalier. Les actes des médecins, des infirmières, des psychologues et la Méthadone elle-même sont couverts par la dotation du CSAPA fixée par l'ARS. Une ligne budgétaire existe aussi pour les substituts nicotiniques.

Ce système permet de prendre en charge des patients dépourvus de couverture sociale, du moins pour ce qui concerne ces médicaments. En revanche, la plupart des CSAPA n'ont pas de dotation pour la buprénorphine et pour les autres médicaments. Le médecin doit donc établir des ordonnances et la question de l'absence de couverture sociale valide devient capitale, dès lors qu'il est question de prescrire autre chose que de la Méthadone ou bien des examens complémentaires. La vie quotidienne du médecin de CSAPA est donc faite :

- De primo-consultations d'usagers. Ceux-ci ont, dans la très grande majorité des cas, déjà été reçus par un éducateur de la structure, qui a effectué l'acte de premier accueil, même s'ils ont été adressés par un médecin extérieur.
- De consultations de suivi de traitement, qu'il s'agisse d'usagers recevant la Méthadone au CSAPA, d'usagers recevant leur traitement en pharmacie d'officine. Pour donner au lecteur un ordre d'idées, nous suivons à Beauvais, préfecture de l'Oise (60 000 habitants, bassin de vie estimé à 200 000 habitants), environ 150 personnes pour l'un ou l'autre des traitements opiacés.
- De consultations pour des problématiques de santé purement somatiques, souvent liées directement ou indirectement à l'usage des produits (accidents d'injection, troubles vasculaires, abcès mais aussi complications infectieuses virales, et problématiques de médecine générale, gynécologie). La constitution d'un bon réseau de correspondants de spécialités médicales fait donc partie des figures imposées, notamment en matière de soins dentaires, ophtalmo, gynécologie en gardant en mémoire la couverture sociale incomplète ou absente chez une forte proportion d'usagers et la situation irrégulière certains d'entre eux. De ce point de vue, le répertoire doit privilégier les centres de santé, centres mutualistes, PMI, Planning Familial, CeGIDD, PASS (permanence d'accès aux soins) de l'hôpital. La question des actes de médecine courante au CSAPA revient souvent dans nos débats internes. Certes, il appartient à l'usager, dans le cadre de son retour dans le circuit de la vie quotidienne, de se trouver un médecin traitant. Mais on ne peut occulter les difficultés générales liées à la démographie médicale déclinante, à l'absence de tiers payant généralisé, mais aussi à la méfiance spécifique de nombre de médecins généralistes face à cette population (pas toujours par mécanisme de rejet d'ailleurs, mais ce sont des patients très prenants). Et puis le médecin

du CSAPA restera de nombreux mois le praticien qu'ils verront le plus souvent... Et gratuitement. Cette question est d'ailleurs partagée par tous les médecins travaillant dans le monde médico-social.

- Une place particulière doit être accordée aux maladies virales transmissibles par l'usage des drogues et à leur prise en charge. On pense ici essentiellement à l'hépatite virale C, le VIH et l'hépatite virale B. Les problèmes liés à ces affections sont complexes et ils ne seront pas développés ici. Les problématiques concernent principalement le diagnostic et l'accès aux soins. Les conditions du diagnostic de l'infection à VIH et à VHC ont évolué ces dernières années grâce à la mise à disposition de tests rapides d'orientation diagnostique (TROD), d'abord pour le VIH puis pour le VHC. Pour le VIH, il existe aussi des autotests disponibles en pharmacie d'officine. Les TROD du VIH ont été déployés à partir de 2011-2012 surtout en milieu associatif (AIDES notamment) après un processus de formation et conventionnement avec l'ARS. Paradoxalement, le développement en structures CSAPA/CAARUD a été plus lent car le dossier demandé par l'ARS pour garantir le système se révèle redoutable de complexité. La prévalence du VIH chez les usagers de drogues, sans être nulle, reste basse depuis la mise en place de la politique de réduction des risques et l'épidémie résiduelle cachée concerne essentiellement des populations ciblées. La question du VHB tourne essentiellement autour de la généralisation (difficile...) de la vaccination. C'est la prise en charge du VHC qui concentre le maximum d'énergie car c'est lui qui a la prévalence la plus élevée, il n'épargne pas les sniffeurs exclusifs. Pour le diagnostic d'abord car les TROD du VHC ont pris un double retard très dommageable, retard à la mise en service d'abord pour d'obscures raisons de conflit avec les biologistes, retard au déploiement car, là encore, le dossier préalable à l'agrément des structures pour en généraliser l'emploi s'avère complexe et rebutant. En ce qui concerne le traitement du VHC, les années précédentes ont vu l'apparition de nouveaux médicaments antiviraux directs dont l'efficacité, la simplicité d'utilisation, le raccourcissement de la durée du traitement ont vite supplanté l'association historique PEG-Interféron/Ribavirine tellement redoutée des patients. Le prix de ces médicaments, imposé dans des conditions scandaleuses par l'industrie pharmaceutique cherchant un retour maximal sur investissement, a posé un réel problème de déploiement. Après une trop longue hésitation, et sous la pression des patients et des professionnels, l'accès au traitement s'est déployé de façon massive fin juin 2016 à la suite d'un arrêté de Marisol TOURAINE, Ministre de la Santé de l'époque. Certes la procédure reste lourde, les patients n'ayant pas de droits sociaux ouverts en restent exclus, mais des milliers de personnes sont en cours de traitement et l'espoir, sinon d'éradiquer le virus, est devenu bien réel. À Beauvais, nous avons fait le choix de traiter nous-même les patients après examen de leur dossier en réunion de concertation pluridisciplinaire à l'Hôpital de Creil, hôpital d'origine de l'auteur de ces lignes.
- D'entretiens informels en salle d'accueil du CSAPA avec les usagers, moments riches mais périlleux en termes de confidentialité et de respect de la distance adéquate avec les usagers.
- De réunions d'équipe pluridisciplinaire, au moins une fois par semaine sur le plan formel, en réalité beaucoup plus quand on y rajoute les moments informels.
- De travail administratif plus ou moins important selon les structures et les moyens de secrétariat, souvent rudimentaires, chaque métier assurant son propre secrétariat. Les CSAPA utilisent pratiquement tous un logiciel informatique dédié, permettant de rassembler des données anonymes sur les usagers. Il s'agit habituellement de ProGeDis[®], dont peuvent être extraites les données nécessaires à la rédaction du rapport annuel d'activité demandé par l'ARS. La confidentialité des données saisies est érigée en principe fondateur mais elle n'est en réalité que relative car des données indirectement nominatives sont recueillies et le logiciel n'a pas prévu d'anonymisation au sens, par exemple, du PMSI hospitalier. L'information aux usagers est faite à travers la signature de son contrat avec le CSAPA mais cette information est noyée dans d'autres données qui lui paraissent beaucoup plus essentielles, comme les horaires et le protocole de distribution de la Méthadone.
- De tâches extérieures qui peuvent être très diverses. Dans le cas du rédacteur de ces lignes, elles comprennent trois demi-journées dans une Communauté Thérapeutique gérée par la structure, une consultation décentralisée en milieu rural, des consultations en milieu pénitentiaire, ainsi que la coordination du dispositif médical de la structure (qui comprend plusieurs CSAPA). Les 35 heures

hebdomadaires du contrat de travail ne sont que théoriques, sans compensation possible.

Il serait très réducteur de n'aborder que les aspects de l'activité professionnelle du médecin de CSAPA qui sont liés à la substitution opiacée, tant le champ s'élargit et se diversifie de plus en plus. La rédaction d'un traité d'addictologie n'est pas l'objet du présent article. On donnera ici quelques têtes de chapitre qui permettront au lecteur de se faire une première idée des thématiques qui jalonnent la vie quotidienne de l'addictologue en 2017 :

- L'usage de la cocaïne s'est largement développé au cours des dernières années, son accès est devenu plus facile, son prix a baissé. Elle peut être utilisée sous forme de poudre blanche (sniffée ou injectée), ou bien après mélange avec une « base », ammoniacale ou bicarbonate (fumée ou injectée) qui, cristallisée, donne le crack. Les coupages, fréquents, accentuent la dangerosité extrême de ce produit. Les usagers atténuent la « descente » avec de l'héroïne (c'est le « speedball ») ou bien des médicaments sédatifs. Il n'existe pas de traitement médical spécifique, notamment aucune forme de substitution. Parfois on propose des traitements comme la N-acétylcystéine ou le topiramate qui visent à diminuer l'appétence à cette drogue, avec des résultats inégaux. L'hypothèse d'un vaccin est sérieuse, mais pas encore opérationnelle.
- La place de l'alcool et de sa consommation en excès massif (le « binge drinking » des anglo-saxons) ou de la dépendance prend une place croissante dans l'activité des CSAPA, ce d'autant que leur côté généraliste obligatoire a rendu obsolète la distinction entre les centres de soins pour toxicomanes et ceux pour les alcooliques. De nombreuses personnes passent aisément de l'un à l'autre à divers moments de leur vie. De même, certains usagers sous traitement agoniste opiacé augmentent leur consommation d'alcool par un mécanisme de compensation. La demande des usagers et l'arsenal thérapeutique ont évolué au cours des dernières années. Le dogme de l'abstinence, hégémonique dans la pensée alcoologique française du XX^e siècle, a progressivement fait place au concept plus réaliste de réduction des risques et des dommages, ce d'autant que de nombreuses études ont montré la réduction durable de consommation d'alcool sans abstinence complète. L'intérêt des interventions motivationnelles brèves et de certaines molécules comme le baclofène, la naltrexone, l'acamprosate et le namelfène a changé la donne.
- Certaines personnes opio-dépendantes n'ont jamais consommé de produits illicites et ont développé leur addiction à partir de médicaments opiacés ou agonistes opiacés, qu'il s'agisse de détournement de buprénorphine (fréquent en milieu carcéral), ou d'usage d'antalgiques comme la codéine, le tramadol, le sulfate de morphine. Cette situation, très complexe, bouscule les habitudes de prise en charge médico-éducative en CSAPA car il s'agit d'un public différent, peu enclin à fréquenter nos structures. Il faut parfois se résoudre à utiliser les armes de la substitution. L'accompagnement psychologique sera fondamental. Il s'agit d'un phénomène majeur de santé publique aux États-Unis, avec une épidémie conduisant à une augmentation inquiétante des overdoses. Nous n'atteignons pas en France la même incidence de danger car les habitudes médicales sont différentes quant au recours aux opiacés mais le danger existe car certains opiacés étaient jusqu'à un passé très récent (voir plus loin) en vente libre et la dangerosité du tramadol est probablement largement sous-estimée.
- La place des addictions sans produits, notamment achats compulsifs, troubles alimentaires, jeux vidéo réseaux sociaux et internet augmente régulièrement. La place du médecin dans le dispositif de réponse est souvent au second plan derrière l'accompagnement psycho-éducatif. Les thérapies cognitivo-comportementales trouvent certainement là leur meilleure indication, à ceci près que peu de professionnels y sont formés en CSAPA ou en CMP et que les ressources sont rares et pas forcément gratuites ou prises en charge malgré les recommandations très théoriques de l'HAS.
- Les drogues nouvelles nous prennent souvent de court. Nous avons appris à découvrir l'usage détourné de la Kétamine, du GHB, de certaines substances importées (la fameuse drogue du crocodile ou désomorphine, heureusement plus fantasmagorique que rencontrée) tandis que d'autres marquent le pas, sans disparaître pour autant, comme l'ecstasy ou le LSD. Une place particulière doit être réservée à des pratiques qui diffusent lentement dans certains publics, à savoir le chemsex (SLAM si les substances sont injectées). Des substances de synthèse connues sous le nom de cathinones (en premier lieu la méphedrone, nom de code 4-MMC) provoquent des effets psychoactifs et stimulants sexuels majeurs et sont utilisées dans le cadre de rencontres multipartenaires. Cette pratique concerne essentiellement la population homosexuelle

masculine, en général des personnes socialement insérées et actives qui se procurent sur le dark web les substances. Cette pratique, outre le danger de ces substances stimulantes, conduit à des prises de risque sexuel insensées, la prévalence du portage du VIH étant très élevée dans cette population. Il importe de protéger les rares slameurs séronégatifs pour le VIH par un traitement de prophylaxie pré-exposition (PrEP). L'exposition au VHC, à la syphilis, aux autres IST, à l'hépatite A et même aux méningites bactériennes est également majeure dans cette population. Or il s'agit d'une population qui ne fréquente pas spontanément les CSAPA et ne s'y sent pas à l'aise. L'abord médico-psychologique est complexe pour aider ces usagers, dans un premier temps à réduire les risques, puis patiemment, à interroger leur pratique dans le but qu'ils en réduisent la fréquence et qu'elle s'éteigne d'elle-même.

- Le lecteur s'étonnera aussi de n'avoir pas lu grand-chose dans ces lignes au sujet de la consommation de cannabis dont au moins 17 millions de nos concitoyens ont « testé » la consommation, et dont 1,5 million d'entre eux sont consommateurs réguliers (source OFDT 2015), tout simplement car cette pratique amène peu par elle-même chez le médecin. Pourtant, c'est un sujet d'importance majeure. Le THC est un psychotrope puissant, d'effet variable d'une personne à l'autre. Le banaliser totalement serait une erreur funeste. Pénaliser sa consommation en est une autre et s'orienter vers une autorisation contrôlée est un challenge pour notre société avec le double objectif d'en casser le trafic illicite sans en faciliter l'usage. Ses indications médicales existent, mais sont probablement très limitées. Rien ne se fera dans ce domaine sans abolir et réécrire la Loi de 1970.

2017 est d'ores et déjà une année riche en matière d'addictologie, y compris l'été, et plusieurs événements nous obligent, avant de clôturer cet article, à faire référence :

- Courant juillet 2017, l'Agence Nationale de Sécurité des Médicaments, édicte ex abrupto des recommandations restrictives quant à l'utilisation du Baclofène en alcoologie, se fondant sur des données remplies de biais et d'ailleurs incomplètement publiées (ce qui ne facilite pas le dialogue) tandis que son AMM reste attendue dans les semaines à venir. Cet ukase survient alors que l'utilisation de ce médicament, après des débuts atypiques, commençait à trouver sa place dans l'arsenal thérapeutique. On trouvera à l'adresse

suivante : <http://rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en-charge/therapeutiques/alcoologie/887-baclofene-pour-qui-et-surtout-comment.html> un article dans l'auteur de ces lignes est cosignataire et dont le contenu, pragmatique et professionnel, devient d'une actualité brûlante.

- Dans le même temps ou presque, le Ministère de la Santé décidait de supprimer la vente sans ordonnance dans les pharmacies toutes les spécialités contenant de la codéine, qui est un dérivé morphinique faible. Cette mesure, pas forcément infondée, méritait certainement une concertation préalable avec les professionnels car elle a plongé des centaines, voire des milliers de personnes dans le désarroi et dans des situations fort désagréables de sevrage opiacé. Beaucoup ont géré la situation avec leur médecin généraliste, certaines ont trouvé le chemin des CSAPA.
- Enfin, l'AMM du premier kit de traitement d'urgence des overdoses (NALSCUE®) a été obtenue. Ce médicament, la Naloxone par voie nasale, était en dispositif ATU depuis quelques mois dans les CSAPA et les hôpitaux. D'autres, mieux dosés, plus efficaces certainement, suivront. Le principe actif était bien connu des urgentistes depuis des décennies, mais c'est la première fois que nous pouvons, à travers ce kit, sensibiliser les éducateurs, les intervenants non sanitaires, les usagers et leur entourage, au risque resté majeur de décès par overdose. Au-delà des limites de l'efficacité limitée du kit lui-même, l'idée d'avoir un outil permettant d'aborder sans détour la question des risques vitaux de l'usage de drogues ne peut que satisfaire le médecin.

J'espère, par ce tour d'horizon touffu, avoir intéressé le lecteur à la pratique quotidienne du médecin d'un centre de soins pour les personnes souffrant de conduites addictives. J'ai conscience de n'avoir abordé que les questions sur lesquelles le prisme médical est prédominant. La question de l'entourage de l'usager, de sa souffrance et de la souffrance du « groupe » familial ou extra-familial, n'a pas été abordée. La France n'est pas en pointe sur ces questions. Notre collègue de Lisbonne, le Docteur Luis Patricio a beaucoup travaillé cet aspect et, pour avoir eu la chance de le voir à l'œuvre, j'en ai gardé un goût d'inachevé dans nos pratiques. S'il fallait isoler une substance dont l'usage addictif est délétère pour la santé, le tabac vient en premier avec les 70 000 morts annuelles qui lui sont imputables directement ou indirectement. C'est un autre chapitre qui reste à écrire...

Merci à Antony Chaufton pour sa relecture attentive et pertinente

Le lecteur intéressé pourra trouver un gisement de documentation :

- Sur le site de l'OFDT : **ofdt.fr**
- Sur le site de santé publique : **santepubliquefrance.fr** (ex INVS)
- Sur le site de la revue Le Flyer : **rvh-synergie.org/documentation/bulletins-flyer.html**
- Pour le VHC : rapport DHUMEAUX
- **cns.sante.fr/actualites/prise-charge-vhc-recommandations-2016**
- Pour le VIH : actualisation du rapport MORLAT en 2017 :
- **corevih-idfnord.fr/actualisation-rapport-morlat-janvier-2017/**

Glossaire :

AMM : autorisation de mise sur le marché
ANPAA : association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ARS : agence régionale de santé
ATU : autorisation temporaire d'utilisation
CAARUD : centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues
CHAA : centre d'hygiène alimentaire et alcoologie
CSAPA : centre de soins et de prévention en addictologie
CegiDD : centre gratuit d'information de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
CSST : centre de soins spécialisés aux toxicomanies
ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie
GHB : gamma hydroxy butyrate
HAS : haute autorité de santé
IST : infection sexuellement transmissible
OFDT : observatoire français des drogues et de la toxicomanie
PASS : permanence d'accès aux soins de santé
PMI : protection maternelle et infantile
THC : tétrahydrocannabinol
VHB : virus de l'hépatite B
VHC : virus de l'hépatite C
VIH : virus de l'immunodéficience humaine

L'adolescent seul en consultation de médecine générale: Intérêt et acceptabilité. Auto-questionnaire auprès de parents et d'adolescents.

Par les Docteurs Saffraz Yassera, Zarrad Emna, Soares Andre, Robert Sarah & Chastang Julie

Introduction :

L'adolescence est marquée par la survenue de multiples changements tant physiques, psychologiques que sociaux. Les relations que l'adolescent entretenait jusque-là se modifient. La relation avec le médecin n'y échappe pas. Les données épidémiologiques montrent que les adolescents voient peu leur médecin généraliste : 2.1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2.5 pour les filles. (1) Les parents les accompagnent en consultation pour 51 % des filles et 61 % des garçons. (2) L'adolescence est marquée par un besoin grandissant d'autonomisation vis-à-vis des parents. Ce désir d'émancipation semble en opposition avec le maintien de l'accompagnement durant les visites. Une étude montre que 33 % des adolescents âgés de 13 ans versus 52 % de ceux âgés de 15 ans jugent important de voir le médecin seul. (3) De plus, dans 1/3 des cas, l'adolescent déclare ne pas avoir pu se confier à son médecin. (1)

Ainsi, de nombreuses études montrent que les adolescents souhaitent bénéficier de plus de confidentialité lors des consultations médicales. (4, 5, 6, 7, 8, 9) Selon les données de l'INSERM, en 2011, la consommation régulière d'alcool concernait 15 % des garçons et 6 % des filles âgés de 17 ans. À l'âge de 17 ans, 30 % des filles et 33 % des garçons étaient des fumeurs quotidiens. Environ 5 % des adolescents de 17 ans présentaient un risque élevé d'usage problématique, voire de dépendance au cannabis. (10) Une étude montre que l'assurance de la confidentialité permet d'augmenter, de 39 % à 46.5 %, le nombre d'adolescents enclin à aborder des informations sensibles, telle que la sexualité, l'abus de substance et les problèmes d'ordre psychologiques. (11)

La confidentialité paraît être indispensable pour permettre à l'adolescent de se confier et d'évoquer des sujets plus sensibles avec son médecin. Le médecin généraliste joue un rôle prépondérant dans le suivi et l'accompagnement des jeunes. Voir l'adolescent seul présente un enjeu important en matière de prévention. C'est une préoccupation de santé publique, dont le médecin traitant est l'acteur essentiel.

Mais les parents acceptent-ils de laisser leur adolescent seul en consultation avec le médecin ? Quant aux adolescents souhaitent-ils voir leur médecin seul ?

Matériels et méthodes :

Une étude observationnelle a été réalisée par auto-questionnaire, remplis par les parents et les adolescents, entre février 2014 et mars 2016. 145 questionnaires ont été remplis par les parents et 145 questionnaires du côté des adolescents. L'inclusion était faite pour tout adolescent, âgé de 10 à 18 ans, consultant en cabinet de médecine générale, en Île-de France et accompagné de l'un de ses parents. Le parent inclus était celui qui accompagnait l'adolescent durant la consultation.

Le déroulement de l'étude :

Après avoir fourni des informations sur l'étude et recueilli leurs consentements, un médecin remettait simultanément le questionnaire, sous forme papier, au parent et à l'adolescent. Il leur précisait également le caractère anonyme et confidentiel des données recueillies. Les médecins, ayant distribué et recueilli les questionnaires, étaient tous des médecins généralistes titulaires, internes ou remplaçants. Le plus souvent, le questionnaire était remis en fin de consultation pour des raisons pratiques ou, plus rarement, en salle d'attente. Le questionnaire était récupéré dès qu'il était rempli. Les participants répondaient au questionnaire en présence du médecin, excepté les questionnaires remplis en salle d'attente (5 questionnaires au maximum). Ils pouvaient ainsi demander des informations complémentaires, s'ils ne comprenaient pas certaines questions. Les deux questionnaires ont été conçus après analyse de la bibliographie et validés par un groupe de médecins généralistes du centre de santé de Vitry-sur-Seine.

Les questionnaires :

Le questionnaire des parents comprenait 11 questions portant sur leur caractéristique (âge, sexe, origine, niveau d'étude), leur choix concernant la consultation de l'adolescent (acceptabilité et âge d'acceptabilité),

les raisons pour lesquelles le parent préférerait ou non accompagner l'adolescent, la crainte que l'on aborde certains sujets avec l'adolescent (drogues, tabac, sexualité) et la notion de confidentialité de la consultation. Cette dernière partie a été établie en prenant en compte de la bibliographie sur le sujet. Le questionnaire des adolescents comprenait 7 questions portant sur leur caractéristique (âge, sexe), la configuration de consultation qu'il préférerait, le fait qu'il ait ou non déjà vu un médecin seul, le ressenti et les éventuelles inquiétudes des adolescents, questions réalisées à partir des travaux déjà étudiés sur le sujet.

L'analyse des données :

Dans un premier temps, une analyse en pourcentage des différentes réponses aux questions a été réalisée. Dans

un deuxième temps, une analyse statistique a été réalisée. Elle comprenait un test du chi-2, dont la significativité était $p < 0.05$, et un test de concordance ($k > 0.7$). Le nombre de réponses nécessaire aux questionnaires était évalué à 150 réponses (150 questionnaires parents et 150 questionnaires adolescents).

Résultats :

Description de l'échantillon :

145 parents et adolescents ont été inclus et interrogés par auto-questionnaire, en consultation de médecine générale en ville, dans 8 cabinets et 1 centre de santé.

Les caractéristiques des parents et des adolescents sont présentées dans le tableau 1 et 2.

Tableau 1 : Les caractéristiques des parents

Caractéristiques des parents	N	%
Sexe du répondant :		
Hommes	18	12.4
Femmes	127	87.6
Répartition de l'âge des parents par tranche d'âge :		
30 à 39 ans	24	16.6
40 à 49 ans	75	51.7
50 ans et plus	46	31.7
Répartition de l'âge des femmes par tranche d'âge :		
30 à 39 ans	22	17.3
40 à 49 ans	67	52.8
50 ans et plus	38	29.9
Répartition de l'âge des hommes par tranche d'âge :		
30 à 39 ans	2	11
40 à 49 ans	8	44
50 ans et plus	8	44
Diplôme des parents :		
Sans diplôme	19	13.1
Certificats d'études	14	9.7
BEP ou CAP	31	21.4
Supérieur ou égal au baccalauréat	81	55.9
Origine :		
France métropolitaine	73	50.3
Autres pays ou DOM-TOM	72	49.7

Tableau 2: Les caractéristiques des adolescents

Caractéristiques des adolescents	N	%
Sexe du répondant :		
Fille	83	57.2
Garçon	62	42.8
Répartition des adolescents selon l'âge :		
Début d'adolescence	75	51.7
Milieu d'adolescence	50	34.5
Fin d'adolescence	20	13.8
Répartition des filles selon l'âge :		
Début d'adolescence	41	49.4
Milieu d'adolescence	29	34.9
Fin d'adolescence	13	15.7
Répartition des garçons selon l'âge :		
Début d'adolescence	34	54.8
Milieu d'adolescence	21	33.9
Fin d'adolescence	7	11.3
Sexe de l'adolescent		
Fille	60	72.3
Garçon	39	62.9
Âge de l'adolescent		
Début d'adolescence	45	60
Milieu d'adolescence	38	76
Fin d'adolescence	16	80

Analyse des réponses aux questionnaires :

68.3 % des parents acceptaient que leur enfant soit vu seul pendant toute la consultation.

88.3 % des parents acceptaient que leur enfant soit vu seul durant une partie de la consultation.

31.7 % des parents acceptaient que le médecin voie seul leur enfant en début d'adolescence, 46.9 % en milieu d'adolescence et 20 % en fin d'adolescence.

La plupart des parents (65.5 %) déclaraient que leur choix d'accompagner, ou non, leur enfant dépendait du motif pour lequel l'adolescent consultait.

62.8 % des parents pensaient que le médecin devait les informer de l'intégralité de la consultation de l'adolescent.

45.5 % des adolescents déclaraient ne pas avoir de préférence sur le fait de voir le médecin seul ou accompagné des parents. Seulement 11.7 % des adolescents préféraient le voir seul.

69 % des adolescents déclaraient ne jamais avoir vu le médecin seul lors des consultations.

*Résultats de l'analyse statistique :***1. L'acceptabilité des parents :**

Le sexe du parent est le seul facteur statistiquement significatif influençant l'acceptabilité des parents. Les pères acceptaient plus fréquemment que les mères que l'enfant soit vu seul pendant toute la consultation. (**p = 0.0447**). (Tableau 3)

Tableau 3 : Facteur influençant ou non l'acceptabilité des parents pour toute la consultation

Acceptabilité des parents pour toute la consultation :		
Lien avec le facteur suivant :	N	%
Sexe du parent		
Hommes	16	88.9
Femmes	83	65.4
Âge du parent		
30 à 39 ans	15	65.2
40 à 49 ans	52	69.3
50 ans et plus	32	69.6
Niveau d'étude		
Sans diplôme	11	57.9
Certificat d'études	10	71.4
BEP ou CAP	24	77.4
Supérieur ou égal au baccalauréat	54	66.7
Origine		
France métropolitaine	50	68.5
Autres pays ou DOM-TOM	49	68.1
Sexe de l'adolescent		
Fille	60	72.3
Garçon	39	62.9
Âge de l'adolescent		
Début d'adolescence	45	60
Milieu d'adolescence	38	76
Fin d'adolescence	16	80

2. La perception de la consultation de l'adolescent par les parents :

Le questionnaire interrogeait les parents sur l'âge auquel ils acceptaient que leur enfant soit vu seul durant la consultation.

Le niveau d'étude était la seule caractéristique des parents, influençant leur choix à cette question ($p = 0.0459$). En effet, plus le niveau d'études des parents était élevé plus ils acceptaient que l'adolescent soit vu seul dès le début ou le milieu d'adolescence. Tandis que les parents ayant un faible niveau d'études choisissaient plutôt le milieu ou la fin d'adolescence.

L'âge de l'adolescent au moment de la consultation avait un lien statistiquement significatif avec l'âge auquel le parent acceptait que l'adolescent consulte seul ($p = 0.0194$).

En effet, pour les adolescents les plus jeunes, les parents acceptaient dès le début d'adolescence. Tandis

que pour les plus âgés (milieu et fin d'adolescence), les parents acceptaient plutôt en milieu d'adolescence.

Le questionnaire interrogeait également les parents sur la notion de confidentialité de la consultation de l'adolescent. Les parents, d'origine autre que française ou des DOM-TOM, répondaient majoritairement qu'ils devaient être informés de l'intégralité de la consultation ($p < 0.0001$).

3. Les réponses de l'adolescent :

L'adolescent était interrogé sur sa préférence ou non d'être accompagné lors des consultations. **L'âge de l'adolescent** avait un lien statistiquement significatif avec sa préférence sur le fait d'être accompagné ou non ($p = 0.0053$). En effet, les adolescents les plus jeunes préféraient être accompagnés de leur parent, tandis que, les plus âgés répondaient ne pas avoir de préférence. Dans notre étude, **l'expérience de l'adolescent** désignait le

fait d'avoir déjà consulté seul ou non. La majorité des adolescents, n'ayant jamais vu le médecin seul, déclaraient qu'ils préféraient être accompagnés ($p = 0.0020$). L'âge était le seul facteur influençant l'expérience de l'adolescent. Plus l'adolescent était âgé, plus il avait déjà eu l'occasion de voir le médecin seul ($p < 0.0001$).

4. L'absence de concordance des réponses :

Dans environ 60 % des cas, les réponses des parents, concernant le fait qu'ils acceptent ou non que l'adolescent

consulte seul, et celles des adolescents, sur leur préférence pour la consultation, étaient divergentes. Bien que 64.6 % des parents acceptaient que l'adolescent soit vu seul, seulement 21.5 % des adolescents préféraient consulter seul ($k = -0.0423$). De même, dans 50 % des cas, les réponses divergeaient lorsque l'acceptabilité des parents était évaluée avec l'expérience de l'adolescent. Ainsi, 68.3 % des parents acceptaient que leur adolescent soit vu seul, alors que seulement 31 % des adolescents avaient déjà consulté seul ($k = 0.0794$).

Tableau 4 : Les résultats statistiquement significatifs de l'étude

Critère étudié :	Facteur en lien	N
Acceptabilité du parent que l'adolescent soit vu seul <i>Les données présentées (N et %) sont celles des parents acceptant que l'adolescent consulte seul.</i>	Sexe du parent	0.0447
Homme	16	88.9
Femme	83	65.4
Âge à partir duquel le parent accepte que l'adolescent soit vu seul <i>Les données présentées (N et %) sont celles des parents ayant choisi le début d'adolescence</i>	Niveau d'études	0.0459
Pas d'études	4	21.1
Certificat d'études	2	14.3
CAP ou BEP	15	48.4
≥ Baccalauréat	25	31.3
Âge de l'adolescent au moment de la consultation	0.0194	
Début d'adolescence	33	44
Milieu d'adolescence	9	18.4
Fin d'adolescence	4	20
Acceptabilité du parent à ce que l'adolescent consulte seul	< 0.0001	
Oui	40	40.8
Non	6	13
Confidentialité pour le parent <i>Les données présentées (N et %) sont celles des parents ayant répondu qu'ils devaient être informés de l'intégralité la consultation.</i>	Origines	< 0.0001
France métropolitaine	32	43.8
Autres ou DOM-TOM	59	81.9
Acceptabilité du parent	< 0.0008	
Oui	53	53.5
Non	38	82.6
Préférence de l'adolescent <i>Les données présentées (N et %) sont celles des adolescents ayant répondu qu'ils préféraient consulter accompagné de leur parent.</i>	Âge de l'adolescent	0.0053
Début d'adolescence	42	56
Milieu d'adolescence	17	34

Fin d'adolescence	3	15
Expérience de l'adolescent: (<i>adolescent ayant déjà consulté seul</i>)	0.0020	
Oui	10	22
Non	52	52
Expérience de l'adolescent Les données présentées (N et %) correspondent aux adolescents ayant consulté seul, réparties selon la période de l'adolescence.	Âge de l'adolescent	< 0.0001
Début d'adolescence	12	16
Milieu d'adolescence	21	42
Fin d'adolescence	12	60

Discussion:

Le point de vue des parents:

Dans notre étude, 2/3 des parents déclaraient accepter que l'adolescent soit vu seul par un médecin. Le facteur principal influençant le choix des parents était le sexe du parent (les pères acceptaient plus facilement que les mères). Cette tendance est retrouvée dans la littérature: deux études, datant de 2010 et 2011, montraient que la majorité des parents acceptaient de quitter la consultation, pour que le médecin puisse s'entretenir seul avec leur adolescent. (44, 47) Toutefois, si la majorité des parents accepte que l'adolescent soit vu seul, une faible partie s'y oppose.

Dans leur étude, menée aux États-Unis sur 500 adolescents, Gilbert A. et al montraient ainsi que 89 % des parents interrogés pensaient que les adolescents devraient pouvoir parler seul avec le médecin. Mais, une majorité de parents (67 %) préféraient être présents dans le cabinet, durant toute la consultation. (29)

Notre étude a mis en évidence que le sexe du parent influençait l'acceptabilité des parents ($p = 0.0447$). Les pères acceptaient plus souvent que l'adolescent soit vu seul (88.9 % des pères vs 65.4 % des mères). Cependant, le nombre de père interrogés était faible (18 pères). Un échantillon plus grand permettrait de confirmer l'influence du sexe du parent.

Néanmoins, la littérature montre que ce sont les mères qui, dans 80 % des cas, accompagnent l'enfant lors des visites chez le médecin. (35) Elles sont, de fait, plus impliquées dans la santé de l'enfant. (26)

Ces constats appuient la différence observée, dans nos résultats, selon le sexe du parent. Les mères sont plus soucieuses des problèmes concernant l'adolescent et plus désireuses d'être informées de tout ce qui concerne l'adolescent.

Notre étude n'a pas mis en évidence d'autres facteurs en lien avec l'acceptabilité ou non de voir seul les adolescents.

Cependant, dans la littérature, des liens ont été montrés. Ainsi, des différences culturelles sont observées dans la relation parent-adolescent. Les cultures latines ou asiatiques ont des rapports parentaux plus formels et une approche plus autoritaire. (26) Dans des études, menées aux États-Unis, les enfants d'origine hispanique avaient moins l'occasion que les autres de voir le médecin seul. (50, 51) De même, les études soulignent l'impact des inégalités sociales sur la santé des adolescents. (52) Les adolescents, issus des familles les plus pauvres, ont moins l'occasion de voir le médecin seul, que ceux des familles les plus aisées. (51)

Le point de vue des adolescents:

Pour l'accompagnement, la majorité des adolescents déclaraient ne pas avoir de préférence. L'âge et l'antécédent de consultation seul modifiaient significativement le choix.

Dans notre étude, près de la moitié des adolescents déclaraient ne pas avoir de préférence, sur le fait d'être accompagné ou non de leurs parents, lors des consultations. Plus d'un tiers d'entre eux préféraient être accompagnés. Seulement 11.7 % des adolescents interrogés déclaraient une préférence à être vu seul. Ce chiffre faible peut être expliqué par 2 biais. Le premier est que le recueil de données était réalisé en présence du parent. Le deuxième est que notre population d'adolescent ne comportait que peu de grands adolescents. Les réponses des adolescents, au questionnaire proposé, soulignaient également cette tendance. Le questionnaire les interrogeait sur leur ressenti lors des consultations. Près de la moitié des adolescents interrogés ont répondu qu'ils étaient

moins à l'aise seuls en consultation. La présence du parent semble rassurer la plupart des adolescents.

Peu d'études interrogent les adolescents sur leur préférence quant au fait d'être accompagné. Une thèse de médecine générale, ayant interrogé 223 adolescents sur le fait d'être vu seul en consultation, a mis en évidence que les adolescents aiment être accompagnés. 68 % d'entre eux déclaraient être accompagnés par choix. Mais, pour aborder des sujets sensibles, comme la sexualité ou les troubles psychologiques, ils préféreraient consulter seul. (53) Une autre thèse de médecine générale, menée en 2009, sur des adolescents de 13 à 18 ans, mettait en évidence que 34 % des jeunes, dont les parents assistaient à la consultation, auraient souhaité être seuls. (54) L'étude SOCRATE de Binder P. affirme également que le tiers n'est pas forcément une entrave à l'expression de l'adolescent. Il peut aussi être une aide à la communication. Certains adolescents aiment être accompagnés et se confient même en présence du parent. Cette étude confirmait que le motif de consultation influence souvent le schéma de consultation. Parmi les 14-17 ans, ceux qui consultaient seul étaient plus en mal-être et la consultation leur apportait plus de bénéfices. (35) Une autre étude montre que le motif de consultation influençait la présence ou non d'un accompagnant pour l'adolescent. Lors des visites de prévention, l'adolescent avait souvent un temps de consultation seul avec le médecin. Cela lui permettait d'aborder des sujets sensibles comme la sexualité. (44)

Le ressenti des adolescents, dans notre étude, est semblable à ce qu'il est décrit dans la littérature. Bien que la majorité d'entre eux n'ait pas de préférence ou préfère être accompagnée, ils déclarent, également, ne pas pouvoir parler de tout en présence des parents et pouvoir se confier plus facilement quand ils sont seuls. Notre étude a montré que la préférence pour l'accompagnement, lors des consultations, varie selon l'âge et l'expérience de l'adolescent. Ainsi, les adolescents les plus jeunes préféreraient être accompagnés. Alors que, les adolescents les plus âgés déclaraient ne pas avoir de préférence ($p = 0.0053$). Dans une étude datant de 1999, les filles, particulièrement les plus jeunes, préféreraient que le parent soit présent lors de la consultation. Mais, plus l'adolescent était âgé, plus il préférait consulter seul. (15) La littérature confirme ces résultats. L'étude SOCRATE a montré que 94 % des adolescents de 12-13 ans sont accompagnés contre 28 % à 18-20 ans (35). Dans une étude menée en Suisse, 33 % des adolescents de 13 ans estimaient important de pouvoir parler en tête à tête avec le médecin, contre 52 % à 15 ans. (3)

Dans notre travail, le fait d'avoir déjà consulté seul semble avoir un impact favorable sur la préférence de l'adolescent ($p = 0.0020$). Une étude appuie ce résultat. Le nombre d'adolescent enclin à reconsulter augmente de 10 % lorsque la confidentialité est garantie de manière inconditionnelle. (11) Par ailleurs, dans la littérature, il est montré que la préférence de l'adolescent dépend aussi d'une autre variable qui est le degré de maturité des adolescents et non son âge stricto sensu. (38) La Haute Autorité de Santé recommande également de « tenir compte de l'âge maturatif du jeune plutôt que de son âge chronologique ». (55)

2/3 des adolescents de notre étude n'ont jamais vu le médecin seul. Mais, comme l'a montré notre étude, plus l'âge de l'adolescent augmente, plus il a eu l'occasion de voir le médecin seul ($p < 0.0001$). Cette donnée correspond à ce que l'on retrouve dans la littérature. (56) Seulement 18 % des adolescents, âgés de 13 ans, ont pu avoir une consultation en l'absence de leur parent versus 20 % de ceux âgés de 15 ans. (3)

Forces et Limites de notre étude :

À notre connaissance, il n'existe pas, à ce jour, d'étude quantitative interrogeant directement les parents sur leur acceptabilité à ce que l'adolescent consulte seul. De plus, peu d'études interrogent les adolescents sur leur préférence à consulter accompagné ou non de leur parent. Les questionnaires employés n'étaient pas des questionnaires validés. Toutefois, ils ont été élaborés, après un travail de bibliographie et après discussion avec plusieurs médecins du centre municipal de santé de Vitry-Sur-Seine, afin de proposer un nombre suffisant d'items, pouvant correspondre au plus grand nombre de répondants.

De plus, les questions étaient fermées. Par conséquent, il existe un risque d'influencer les réponses du répondant. Le recueil de données avait lieu en présence du médecin. Cela entraînait un biais de mesure. De même, l'adolescent répondait au questionnaire en présence du parent. Il devait faire face à un conflit de loyauté. (32) Les parents et adolescents n'ont pas été interrogés séparément pour une raison pratique : le gain de temps dans le recueil des données. Notre échantillon n'était pas suffisamment représentatif. En effet, il y a un biais de recrutement. Les patients étaient interrogés dans des cabinets situés, uniquement, en Ile-de-France. La population de notre étude est faible. Une étude avec une population plus importante serait nécessaire pour affirmer nos résultats. Dans notre étude, peu de père étaient inclus. Toutefois, comme nous l'avons montré précédemment, la répartition

du sexe des parents est semblable à la littérature. (35)
Peu de grands adolescents ont été inclus car nous n'avons inclus que les adolescents ayant consulté accompagnés.

Conclusion :

Notre étude a montré que les parents acceptaient majoritairement que les adolescents soient vus seuls. Cependant, les adolescents n'ont que peu d'occasions de voir le médecin seul. Les adolescents les plus âgés sont ceux qui le souhaitent et qui en ont le plus l'occasion. Il semblerait que les adolescents les plus jeunes aiment être accompagnés, mais, que cet accompagnement limite la prévention autour de sujets intimes, comme la sexualité ou la prise de toxiques. En pratique, depuis 2007, deux visites médicales systématiques, à 12 et 15 ans, ont été instaurées pour un bilan de santé physique et psychologique chez l'adolescent. (62)

L'Observatoire National des Professionnels de Santé a constaté, dans sa commission de mars 2013, qu'elles n'ont pas été mises en place par l'éducation nationale et que, donc, les adolescents n'en bénéficient souvent pas. (63) Réfléchir aux mesures à mettre en place pour que ces visites aient bien lieu au cours de l'adolescence, semble utile. Par exemple, comme pour le bilan bucco-dentaire, une invitation systématique, à 12 et 15 ans, envoyée par l'assurance maladie et à présenter au médecin généraliste, pourrait être mise en place.

Réforme des retraites Macron : Une réforme systémique remettant en cause en profondeur notre société.

Par Daniel Junker

La réforme Macron, c'est la volonté d'instaurer, sous contrainte patronale, des retraites à pensions insécurisées et individuelles à la place du système actuel à pensions définies comportant des droits collectifs. À terme, chacun serait contraint de recourir à l'assurance privée pour sauvegarder quelques moyens de vivre sa retraite. Ce système remet en cause les solidarités entre générations, entre les actifs et les retraités, entre les femmes et les hommes, entre les salariés, entre le public et le privé. C'est un immense recul de société.

Après les recommandations faites en juillet 2017 par le Comité de suivi des retraites ne faut-il pas s'attendre à une vive accélération dans la mise en œuvre de ce projet ?

1/ Les enjeux.

« Plus que par la production, qui est une caractéristique de l'humanité, l'homme individuel se définit par l'activité qui est, comme on a pu le dire, « une affirmation positive de soi ». C'est elle qui doit être au cœur d'une retraite épanouie conçue comme un troisième moment plein de la vie où l'on peut réinventer son existence et non une période de déchéance progressive. »

Yvon Quiniou philosophe

En France en 2015, selon la Direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques, les retraites, c'est :

- 311 milliards d'euros versés
- 14,3 % du PIB (2 181 Mds €)
- 44 % des prestations sociales
- 17 millions de retraités
- 27 millions de cotisants
- 35 caisses de retraite

Des discours de circonstance :

- Juillet 2016 : Le Comité de suivi des retraites, organisme créé en 2014, chargé de rendre des avis à partir des analyses du Conseil d'Orientation des Retraites (COR) déclare : « Dans des scénarios

économiques favorables, le système (des retraites) tend vers l'équilibre financier, voire l'excédent ».

- Juillet 2017 : Le comité de suivi des retraites recommande au gouvernement « de prendre des mesures nécessaires pour retrouver l'équilibre ».

Entre-temps, le COR dans son rapport de juin 2017 a réajusté sa prévision de retour à l'équilibre des comptes de la retraite à 2040 au lieu de 2025 car « le solde migratoire à 2070 devrait reculer de + 100 000 à + 70 000 et l'espérance de vie augmenter de 4 mois pour les femmes et 1 an et demi pour les hommes ».

(Voir graphique ci-contre)

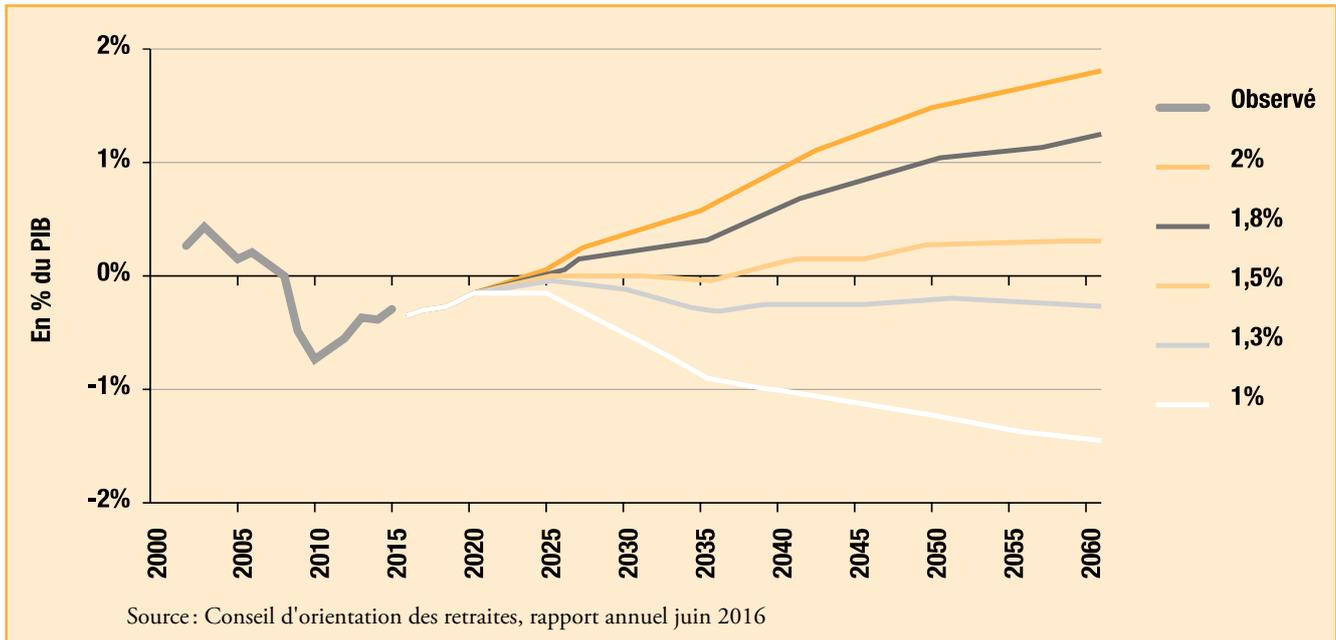
Ainsi à partir des mêmes données, on peut être « à l'équilibre » ou en déficit !

2/ La réforme Macron

E. Macron veut mettre en place un système « universel » de retraites alignant les règles entre public et privé. Dans ce système, on ouvre un compte virtuel (d'où notionnel) à chaque salarié. On enregistre le montant des cotisations du salarié. Le montant de la pension sera ensuite proportionnel à ce capital virtuel actualisé, que l'on divise par un coefficient dépendant de l'âge de départ à la retraite et de l'espérance de vie à cet âge de la génération à laquelle appartient le salarié. Le taux de remplacement n'est plus connu à l'avance ; on est dans un régime à « cotisations définies » et non plus à prestations définies, entraînant une absence de visibilité pour le salarié sur sa future pension.

« Le deuxième grand axe de mon quinquennat sera celui de la réforme des retraites. »

« La réforme que je propose ne modifiera en rien votre situation si vous êtes déjà à la retraite. Elle ne changera rien non plus pour les personnes qui prendront leur retraite dans les cinq années à venir. Il n'y aura en particulier pas de hausse de l'âge de la retraite, car celle-ci n'est pas nécessaire pour financer vos pensions. Ce sera une réforme pour l'avenir, pour corriger les inégalités et lever les incompréhensions. Elle reposera sur des principes d'équité, de justice et de clarté. Elle créera les mêmes règles pour tous : que l'on soit

Solde financier du système de retraite en fonction de l'hypothèse de productivité du travail

salarié, fonctionnaire, indépendant, un euro cotisé ouvrira les mêmes droits. Chacun aura un compte personnel de retraite, facilement consultable, sur lequel seront consignés tous les droits accumulés au cours de la vie, au titre des cotisations versées, mais aussi de la solidarité. Cette réforme ne se traduira pas par une baisse des pensions. Les règles de calcul seront différentes, pour qu'il soit plus facile de changer de métier et de statut, et pour que les droits acquis au titre de la solidarité bénéficient à toutes et tous de la même manière. Son élaboration donnera lieu à une large concertation, et je rechercherai le consensus sur ses principes et ses modalités. Enfin, je préserverai les fondamentaux de notre système. En particulier l'âge légal de départ à la retraite à 62 ans sera maintenu, ainsi que le fonctionnement par répartition. »

Dans son rapport de juillet 2017, le COR précise que « Le passage d'un régime en annuités à un régime en points ou en comptes notionnels n'est pas principalement une question d'ordre technique. Il nécessite au préalable des choix politiques qui ont trait notamment à l'architecture du système de retraite, aux objectifs que l'on souhaite atteindre en priorité (pérennité financière, équité entre les générations et degré de redistribution), enfin au calendrier et au mode de transition pour passer d'un système à l'autre. »

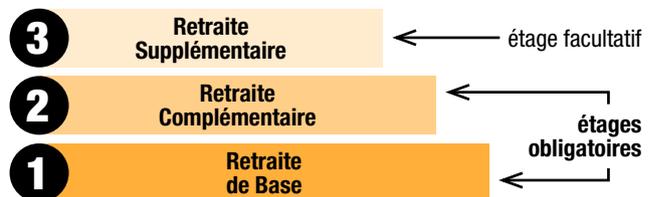
3/ Rappelons ce qu'est le système actuel par répartition à prestations définies :

Il est le fruit de l'histoire et des luttes. Le système de retraite français se caractérise par :

- une mosaïque de régimes avec une retraite à **étages**.
- une retraite solidaire fondée sur la technique de la répartition
- des régimes "à prestations définies"
- un financement de type "bismarkien" avec une solidarité entre régimes

Retraite à étage

(salariés du "privé" et non salariés)

**La Répartition**

Ce système repose sur un pacte social intergénérationnel selon lequel les cotisations des **actifs**



Solidarité entre générations

La répartition, c'est aussi la solidarité démographique entre professions (régimes interprofessionnels). Elle permet une solidarité entre affiliés : validation de périodes non contributives (maladie, chômage...), majorations enfants, minimum... Une sécurité en matière de retraite assurée et garantie par un financement qui repose sur la masse salariale globale. Le pacte social intergénérationnel doit sans cesse être confirmé en tenant compte de l'évolution du contexte.

Rappelons ce qu'est la capitalisation :

Dans un système par capitalisation chaque actif "cotise" strictement pour sa propre retraite. C'est chacun pour soi : pas de solidarité. Le montant de la retraite ne dépend que de la masse des cotisations accumulées par chacun. Le "rendement" de la capitalisation s'appuie sur la baisse du "coût du travail" (emploi, salaire, protection sociale, conditions de travail...). Aujourd'hui la capitalisation progresse en France sous couvert de "l'épargne retraite" : PERE, PERCO... Elle est encouragée fiscalement.

Dans les régimes à prestations définies :

Au travers des mécanismes du régime, il y a engagement sur le montant des pensions.



Les cotisations sont ajustées pour assurer les engagements pris (équilibre financier).

Dans les régimes à cotisations définies :

**Un seul engagement : le taux de cotisation est bloqué.
Il n'y a PAS d'engagement sur le montant des pensions.**



Les prestations sont ajustées pour atteindre l'équilibre financier.

Conséquences sur le niveau de vie

On constate un recul de la pauvreté parmi les retraités : aujourd'hui taux inférieur à 10 % contre près de 30 % au début des années 1970... Selon France Stratégie, le niveau de vie moyen des retraités serait supérieur à celui des actifs : 105 % avec la volonté de le ramener à 85 %. Mais il reste beaucoup de basses pensions. Particulièrement pour les 603 000 personnes qui perçoivent une pension

de réversion. 4,9 millions de retraités (38 %) perçoivent le minimum contributif (629,62 €).

Conséquences sur les inégalités

Pension moyenne de droit direct en 2015 : 1 376 € mais il y a de très fortes disparités :

- Suivant durée de cotisation
- Entre hommes et femmes : 1 728 € / 1 050 € (- 39,2 %)
- Suivant les générations
- Suivant les régimes

Le financement

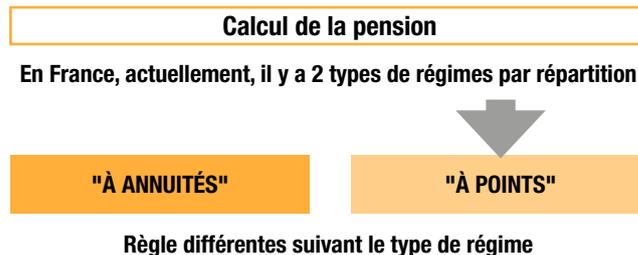
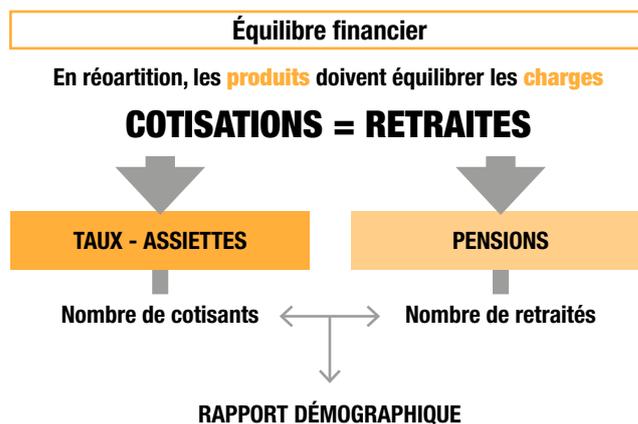
Au XX^e siècle, avec la création de la Sécurité sociale (en 1945), le système français est passé :

- de la CAPITALISATION "salaire différé"
- à la RÉPARTITION "salaire socialisé"

Le financement actuel est assuré essentiellement par les cotisations comportant :

- une part dite "salariale"
- une part dite "patronale" appliquées à une même "assiette" (base liquidable) qui, suivant les régimes, peut être plafonnée (RG...) et comporter plusieurs tranches (ARRCO, AGIRC...)

L'équilibre financier



4/ Les types de régimes à annuités, à points, à comptes notionnels

Les types de régimes :

A) Les régimes à annuités :

Le paramètre déterminant pour calculer la pension réside dans la durée d'assurance, décomptée en trimestre (périodes cotisées + validées + majorées) retenue pour le calcul de la retraite (bornes d'âge 62 et 67 ans).

Le paramètre déterminant pour calculer la pension réside dans la durée d'assurance, décomptée en trimestre (périodes cotisées + validées + majorées) retenue pour le calcul de la retraite (bornes d'âge 62 et 67 ans)

$$P = \text{SALAIRE} \times \text{TAUX} \times \text{DURÉE}$$

Salaire de référence (base de calcul de la pension)	Taux théorique, taux plein ou décote (tous régimes)	Nombre annuités entière ou prorata (dans régime)
---	---	--

1) Salaire de référence

Régime général	Régimes spéciaux
Salaire imposable sous plafond Sécu	Salaire liquidable Partie du salaire (hors primes et indemnités) comptant pour la retraite
SAM = salaire annuel moyen des 25 meilleures années, réactualisé à partir de l'indice des prix	Salaire des 6 derniers mois de la carrière Au taux en vigueur au moment du départ

2) Taux théorique

Régime général	Régime spéciaux
Taux plein 50 %	Taux plein 75 %
Conditions de durée d'assurance ou d'âge	Conditions de durée d'assurance ou d'âge*

* Pour les régimes de la fonction publique depuis 2004 et pour les autres régimes spéciaux à partir de juillet 2010

3) Durée

La décote est une pénalité (exprimée en %) qui vient réduire le taux plein. Le pourcentage de réduction du taux plein est fonction du nombre de trimestres qui manquent pour atteindre :

- soit la durée d'assurance tous régimes confondus
- soit l'âge (pivot) d'annulation

4) les dispositifs de solidarité

Validation de périodes dites non contributives :

- périodes de chômage indemnisé
- périodes maladie, maternité, invalidité
- majorations de durée d'assurance
 - Minimum de pension
 - Majorations enfants
 - Réversion

B) Les régimes à points :

Il s'agit des régimes complémentaires, ARRCO et AGIRC : l'ARRCO est l'Association pour le Régime de Retraite Complémentaire des salariés. En complément de l'ARRCO les salariés cadres cotisent à l'AGIRC, la caisse de retraite complémentaire des cadres. Il s'agit de régimes conventionnels (résultants d'accords collectifs) gérés paritairement par les représentants du patronat et les organisations syndicales représentatives CGT, CFDT, FO, CGC, CFTC.

Les caractéristiques

- Les droits sont acquis sous forme de points avec une double valeur du point :
 - Valeur d'achat : salaire de référence au moment du départ en retraite.
 - Valeur de service : montant de la pension et revalorisation annuelle.
- Ce mécanisme fortement contributif (prise en compte de la totalité de la carrière).

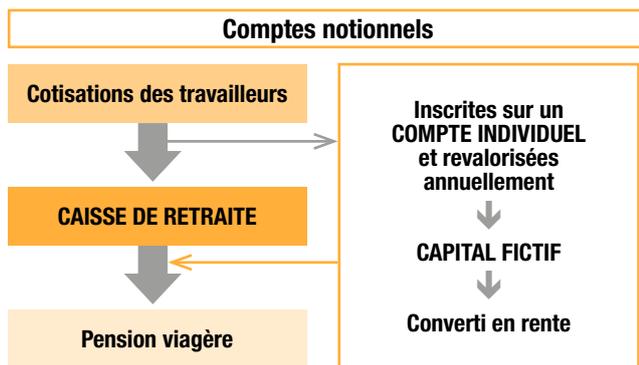
Dans un système à cotisations définies... la variable d'ajustement est le niveau des pensions.

Le Medef est favorable aux régimes à points...

- Plus contributifs : calcul sur totalité de la carrière
- Plus souples : double valeur du point permet d'équilibrer le régime... Sans augmenter les cotisations!

C) Les régimes à compte notionnels

Les régimes à "comptes notionnels" constituent un 3^e type de régimes par répartition. En Europe, plusieurs pays (Suède, Italie, Pologne...) ont mis en place ce type de régimes...



Les taux de cotisations sont bloqués dès le départ. Il n'y a pas d'augmentation prenant en compte les effets des évolutions démographiques. C'est un **régime à cotisations définies mais par répartition**. La capitalisation des cotisations est totalement fictive. La revalorisation du capital virtuel est réalisée à partir d'un indice au choix : salaire moyen (Suède), PIB (Italie), masse salariale, prix...

Le CAPITAL RETRAITE (fictif) est transformé en RENTE VIAGÈRE par un coefficient de conversion qui dépend :

- de l'espérance de vie de la génération du bénéficiaire.
- de l'âge à la **liquidation de la retraite**.

Les coefficients de conversion du capital fictif en rente viagère sont soumis à la neutralité actuarielle. Ainsi, les charges de retraite ne peuvent dépasser les produits de cotisations. La variable d'ajustement est le niveau des pensions.

Leur mise en œuvre par le gouvernement Macron pose de nombreux problèmes :

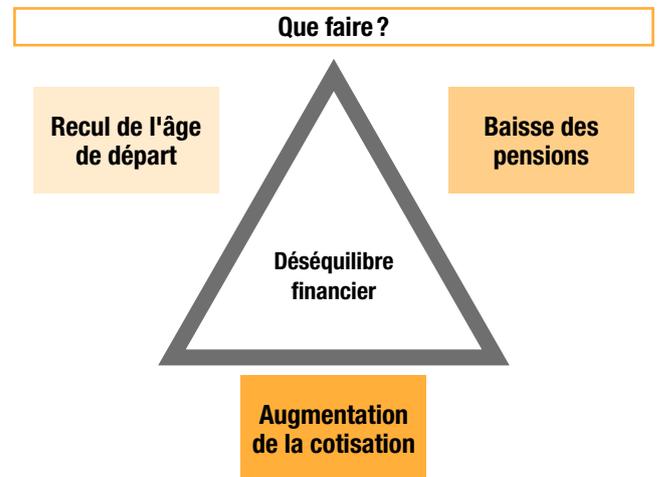
- les paramètres du système
- le financement des mécanismes de solidarité
- le financement du déficit actuel des régimes et des droits acquis
- mais surtout, la transition entre le système actuel et le nouveau système.

Macron indique : "Cette réforme sera votée au cours de la législature mais mise en œuvre graduellement sur une période d'environ dix ans".

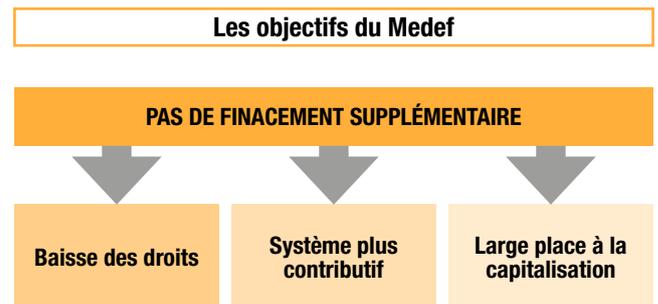
5/ Pourquoi réformer les retraites ?

Le système des retraites est confronté à d'importantes évolutions démographiques qui accroissent les besoins de financement. Le nombre de retraités augmente et va très fortement augmenter (+35 %) dans les prochaines

décennies : 17 millions en 2015, 23 en 2050, alors que le nombre d'actifs stagne : de 25,3 à 26 millions en 2050.



Les objectifs du Medef sont les suivants :



Le choix des gouvernements

Tenter de faire face aux évolutions démographiques sans accroître les cotisations patronales (exigence du Medef)

Le choix des gouvernements : c'est de tenter de faire face aux **évolutions démographiques sans accroître les cotisations patronales** (exigence du Medef).

Les réformes déjà engagées :

Les réformes engagées depuis 1993 ont consisté à :

- allonger la durée (10 ans à 25 ans) de calcul du SAM et à réactualiser les salaires sur les prix (Régime général).
- allonger la durée d'assurance pour le calcul du taux et du prorata (tous les régimes).
- indexer les pensions sur les prix (tous les régimes)
- financer les prestations non contributives hors des régimes de retraite.

Pourtant il y a une évolution de la productivité du travail :

Le PIB progresse d'environ 1,6 % par an, en volume, il double, à monnaie constante, en 40 ans... Si aujourd'hui 10 actifs produisent un gâteau de 100 et ont à charge 4 retraités, 14 personnes se partagent le gâteau de 100, la part de chacun est donc de 7,14. Si dans 40 ans 10 actifs produisent un gâteau de 200 et ont à charge 8 retraités, 18 personnes se partagent le gâteau de 200, la part de chacun est donc de 11,11. Il est donc possible d'augmenter les salaires et les retraites...

La modification des paramètres d'attribution des pensions à pour objectif

- de pousser les actifs à reculer leur âge de départ pour avoir un même taux de remplacement.
- de baisser les pensions dans le cas contraire

Ces réformes n'ont pas réglé la situation de déficit financier!

6/ Le système Macron

Ce système « universel » de retraite se rapproche d'un système par points. Mais dans la mesure où ce système prend en compte l'âge de départ en retraite et l'espérance de vie en fonction de l'année de naissance pour établir un coefficient de conversion qui garantisse l'équilibre (théorique) du dispositif, il correspond plutôt à un système à comptes notionnels comme en Suède ou en Italie.

Ce système est injuste car retenir une espérance de vie moyenne d'une génération au moment du départ en retraite revient à nier les très grandes différences d'espérance de vie entre les classes sociales et entre les conditions de travail au sein d'une génération. De plus, introduire les différentiels d'espérance de vie dans une génération aura un effet dévastateur sur les femmes, déjà victimes en amont de discriminations au travail et de carrières discontinues et précaires, d'inégalités salariales.

En outre, dans un tel système, comme l'âge de départ à la retraite est un des déterminants du montant de la retraite, les travailleurs sont incités à rester au travail même s'ils ont toujours effectué des travaux pénibles qui ont réduit leur espérance de vie. Chacun est censé pouvoir obtenir une retraite satisfaisante en choisissant personnellement le moment de son départ à la retraite, alors que les travailleurs manuels et les cadres ne sont pas dans la même situation quant à leur capacité de prolonger leur carrière.

Si le départ à la retraite devient une simple question de choix individuel, alors la conception d'une norme

sociale fixant des règles de responsabilité collective vis-à-vis de tous les membres de la société devient caduque. La responsabilité des entreprises en matière d'emploi disparaît puisque chacun est appelé à décider s'il travaille ou se met en retraite. Ce qui permet à Macron de dire « Nous ne toucherons pas à l'âge de départ à la retraite ».

7/ Les propositions du Parti communiste

Le système Macron recherche le maintien de l'enveloppe globale des pensions au niveau actuel. En l'absence d'augmentation du taux de cotisation pour suivre l'évolution démographique, les salariés n'ont le choix qu'entre travailler plus longtemps (75 ans pour la Suède), ou accepter la baisse de leur pension. Ainsi, il est incontournable de se confronter à la répartition de la richesse produite au sein d'une génération. De ce fait, affirmer qu'un système par points ou par comptes notionnels permettrait de « ne pas transmettre de dette à la génération suivante » comme l'affirme E. Macron est absurde. Garantir un système de retraites, à la fois globalement et pour chacun, suppose que le travail soit partagé et que l'emploi reste une priorité. Toutes les autres solutions, de baisse des pensions, d'allongement de la durée de cotisation, de cotisations définies, d'épargne capitalisée, aboutissent toutes à des reculs de solidarité, de justice sociale, d'efficacité économique.

Il propose :

- L'abrogation des diverses réformes des retraites engagées depuis 1993.
- La mise en œuvre d'une réforme basée sur la sécurisation de l'emploi et de la formation, du parcours de vie de la naissance à la mort.
- Cela permet à chacun de pouvoir quitter le travail avec une pension à taux plein correspondant à une période allant de 18 à 60 ans, avec prise en charge des périodes de non-travail (précarité, chômage, formation, études, maladie, invalidité).
- Une retraite par répartition avec une indexation des pensions sur les salaires, non sur les prix.
- Aucune pension ne doit être inférieure au SMIC.
- Le maintien et l'augmentation des pensions de réversion.
- L'égalité salariale entre les femmes et les hommes.
- L'élargissement de l'assiette de cotisation aux éléments de rémunération aujourd'hui exemptés (intéressement, participation, épargne salariale...).

Le système de cotisation doit être basé sur la solidarité intergénérationnelle, avec les cotisations des salariés et

des employeurs pour financer les pensions. Les revenus financiers doivent cotiser au même niveau que les salaires. Ce financement ne saurait être fiscalisé (ni CSG, ni TVA sociale).

Toutes les exonérations injustement allouées au patronat doivent être supprimées. Les employeurs et l'État doivent payer leurs dettes aux caisses de retraite et à la sécurité sociale. Le financement doit s'appuyer sur un développement de la croissance économique et de l'emploi : une politique dynamique de développement de l'emploi stable et qualifié, doit apporter d'importantes ressources pour financer les retraites.

Quel avenir pour la Mutualité avec le 100 % sécu ?

Par le Dr Fabien Cohen, Commission santé/protection sociale du PCF

Cette question pouvait sembler tabou dans le milieu mutualiste, il y a quelques années, mais elle prend forme depuis que le 100 % Sécu, apparaît comme la seule alternative à la politique de remise en cause de notre Sécurité sociale, héritée du Conseil national de la Résistance. Du mouvement syndical, CGT et SUD Solidaire, aux organisations de la Convergence nationale de défense des services publics, en passant par la Coordination nationale de défense des hôpitaux et maternités de proximité, et de nombreuses personnalités comme Didier Tabuteau ou André Grimaldi, tous s'accordent sur le besoin de « 100 % Sécu » face à l'option « Zéro reste à charge » qui nous renvoie à toujours plus de complémentaires, au détriment de la Mutualité.

À cette course-poursuite à « la dette » de la Sécurité sociale, face à un budget de la santé qui ne peut que croître au regard des besoins de la population, des avancées scientifiques et médicales comme au vieillissement de la population, seul le secteur assurantiel et de prévoyance privée sort gagnant. Ainsi depuis 2006, la part du secteur assurantiel est passée de 22 à 28 %, alors que celle de la Mutualité a régressé de 60 % à 53 %. Et pour résister, la Mutualité a dû se restructurer et se regrouper, perdant chaque fois un peu plus de son identité sociale pour adopter des méthodes de management de plus en plus proches du secteur privé.

Au cours de l'année*	Sociétés d'assurances	IP	Mutuelles	Total
2001	117	57	1 528	1 702
2002	122	51	1 371	1 544
2003	115	50	1 069	1 234
2004	109	50	1 015	1 174
2005	107	48	919	1 073
2006	99	46	849	991
2007	93	38	81	934
2008	93	36	751	876
2009	93	35	656	784
2010	92	34	587	713
2011	93	29	560	682
Taux d'évolution cumulé 2011-2001	-21 %	-49 %	-63 %	-60 %

C'est justement cette logique qui inquiète le mouvement syndical, et le Président de la Mutualité lui-même, Thierry Baudet, en mars 2017, reprenait « cette inquiétude des Français devant la montée des restes à charge, pour évoquer leur risque de ne pas accéder à des soins de qualité, ni à bénéficier de la bonne prise en charge, au bon moment, ceci quel que soit l'endroit où ils vivent ».

Cette situation n'avait rien d'inéluctable, elle relève en fait de la volonté persistante du patronat à reprendre le prélèvement à la source d'une partie des richesses produite par le travail au travers de la cotisation. Ce dernier n'a jamais admis de la voir s'échapper pour

être gérée par ses salariés. C'est pourquoi, il n'a pas tardé à se saisir du compromis obtenu en 1945 avec le Ministre du Travail de l'époque, fondateur de la Sécurité Sociale, le communiste Ambroise Croizat, qui céda transitoirement dans son esprit, la part de 20 % du remboursement du coût des soins au secteur mutualiste. En effet, la Mutualité a lutté contre l'étatisation de la Sécurité sociale et s'est arc-boutée sur ses vieux principes (acte volontaire individuel...). La caisse unique faisait peur aux Mutualistes qui s'estimaient lésés. Leur seule satisfaction a été d'obtenir l'administration des caisses de Sécurité sociale des fonctionnaires.

Delà, le patronat construit pas à pas cette reconquête, qui visait tout à la fois à récupérer le Capital en question, mais surtout refinanciariser la protection sociale, dans le domaine de la santé comme dans la retraite.

Alors que les mutuelles sont seules sur le marché de la complémentaire, le décret du 24 janvier 1956 autorise les sociétés d'assurance à intervenir sur le marché de la complémentaire collective. La concurrence est faible dans la mesure où pour les IP⁽¹⁸⁾ et les sociétés d'assurance, la santé est un risque moins intéressant que la prévoyance collective.

Aidé par le Général De Gaulle, qui n'avait jamais non plus soutenu cette Sécurité sociale, 1967 fut le premier coup sévère à l'encontre de la sécurité sociale, en la soustrayant par Ordonnances, des mains des salariés, et singulièrement de la CGT, avec l'introduction de la parité tout en remettant en cause son unicité.

Sous l'impulsion de l'Union européenne, comme le montre très bien l'intervention de G. Pompidou à la télévision (dans le film de Gille Perret, LA SOCIALE) la libéralisation du système de santé et des retraites était en marche. Au début des années 1970, la concurrence avec les sociétés d'assurance et les IP se développe dans le secteur de l'assurance maladie complémentaire. En 1982, le déremboursement de 1 279 spécialités pharmaceutiques oblige les complémentaires à les prendre en charge (en augmentant leurs cotisations). La Mutualité recule face aux assureurs (qui opèrent une tarification à l'âge) et attire une clientèle plus jeune alors que les mutuelles voient leur clientèle vieillir. La loi Évin du 31 décembre 1989 modifie les rapports de force et organise la concurrence entre les IP, les mutuelles et les sociétés d'assurances.

L'objectif était de favoriser un système assurantiel concurrentiel, dans lequel notre Mutualité faisait encore office de perturbatrice de par son statut. Qu'à cela ne tienne, en 1992, une directive européenne en fit une obligation. Mais pour y arriver, Jospin-Rocard durent remplir trois conditions : protéger les plus faibles avec la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) qui était d'ailleurs une exigence européenne et de la Banque mondiale peu habituées pourtant à une grande générosité ; casser le Code la Mutualité en dissociant le Livre II (assurantiel) du livre III (œuvres sociales), successivement en 2000 et 2001 ; et rassembler la famille mutualiste, FNMF et FMF.

À cette concentration, il faut ajouter une dérive de la gouvernance de la Mutualité qui est passée des mains des travailleurs à de plus en plus celles des financiers, des technocrates, d'où une déstructuration du mouvement mutualiste.

Chirac et Juppé en donnant à l'État le contrôle de la Sécu avec les Lois de Financement de la Sécurité Sociale désormais votées par le Parlement, portaient un nouveau coup à la Sécurité sociale, car même la parité dévoyant sa gouvernance, était encore trop pour la droite, la social-démocratie et le patronat.

L'Accord National Interprofessionnel (ANI) préconisé par Macron et Touraine, ont accentué le processus de financiarisation de notre système de santé, en généralisant et en rendant obligatoire la couverture complémentaire à tous les salariés. Pour autant, pour que le marché reste rentable, les contrats proposés dans le cadre de l'ANI ne seront que des produits d'appels pour des contrats surcomplémentaires plus intéressants.

L'amendement Le Roux, avec les réseaux de soins, agit sur un autre segment celui de l'association entre complémentaires et offre de soins, comme le font déjà les Américains avec les HMO. De ce point de vue le dentaire a été un excellent terrain expérimental, tant sur le concept de prise en charge déséquilibré entre Sécurité sociale et complémentaire, que par le réseau de centre de soins dentaires mutualistes et bientôt assurantiels, si comme le souhaite le Gouvernement dans son ordonnance sur les centres de santé, des organismes à but lucratif pourront gérer des centres de santé (sic).

Il est à noter que nous sommes loin de la fin de la remise en cause du Code la Mutualité, puisque dans le mandat Hollande, une nouvelle réforme de ce Code a été votée, dont la promulgation a été faite quelques jours avant l'arrivée de Macron. Une manière de lui éviter un nouveau sale boulot. Une réforme qui vise à ce que la création d'une mutuelle puisse se faire « sous statut de mandataire mutualiste », donc sans être une mutuelle ; donc n'importe qui pourrait gérer une mutuelle, et à plus nombreux. Cela prévoit un élargissement du livre III pour investir dans de nouveaux projets qui seront permis aux Mutuelles.

Aujourd'hui, nous sommes à l'heure des choix :

Soit on continue, avec un vocable de type ZÉRO RESTE À CHARGE, vers du ZÉRO % SÉCU, en continuant à vider la Sécurité sociale de son

18 Institution de prévoyance

rôle conventionnel. Soit on met fin au régime des complémentaires, et on va vers le 100 % SÉCU sur tous les soins prescrits, en prenant de vraies mesures de financement comme une cotisation des revenus financiers (+85 milliards) avec une modulation des cotisations patronales en fonction de leur politique d'emplois, une remise en cause de la fraude sociale (+20 milliards),... Déjà par le passé, avec la primauté de la Sécurité sociale affirmée à la Libération, la Mutualité avait dû se doter d'une nouvelle dynamique de prise en charge de la santé. Elle a concentré ses actions sur la prévention et l'innovation.

Aujourd'hui, rien de différent, mais une autre étape s'ouvrirait pour la Mutualité. Et dans ce projet, elle se recentrerait sur ses œuvres sociales, c'est-à-dire le livre III comme elle l'exprime dans sa Lettre ouverte du 17 mars dernier à l'attention des candidat-e-s à l'élection présidentielle. Dans cet esprit, nous réaffirmerons la différence entre mutuelle et complémentaire, la mutuelle faisant partie du mouvement social, jouant un rôle d'anticipation des besoins de la population. Certains pensent, dès à présent, que le budget et le personnel des structures dépendantes du livre II gagneraient à retrouver le giron de l'Assurance maladie, mais il ne nous semble pas que cela soit du domaine du politique de dire que deviendra ce personnel. Mais il est vrai que ce potentiel financier de prélèvement assurantiel dont les usagers comme les employeurs sont partis prenants serait en bien meilleures mains dans les caisses de la Sécurité sociale. En effet, il est notoire et prouvé que les frais de gestion de la Sécurité sociale sont bien inférieurs à ceux des mutuelles, comme des assurances et organismes de prévoyance. Ainsi quand la CNAMTS dépense 3,7 % de son budget à sa gestion, les assurances en dépensent 24 %, les organismes de prévoyances 15 % et les Mutuelles 19 %. On imagine ce que peut représenter cette différence dans les caisses de la Sécurité sociale, en matière de réponse aux besoins de santé, ceci d'autant qu'un EURO récolté est mis dès le lendemain en circulation pour les assurés sociaux, ce qui n'est pas le cas des complémentaires qui de par la Loi se doivent d'abord de provisionner leur propre assurance.

Refuser la segmentation de la protection sociale (CMU, CES, ANI,...), reformaliser son unicité, c'est mettre en cause la segmentation des complémentaires, qui est la plus grande inégalité!

Le « 100 % Sécu », comme on peut le voir ne peut être un retour à la protection sociale de 1945. C'est une avancée qui va dépasser le mouvement mutualiste

qui a eu son temps, car sans lui le concept de solidarité n'aurait pu permettre la création de la Sécurité sociale. Mais on le voit bien, il s'est arrêté dans sa maturation, non du fait de ceux qui pensent en termes d'étape vers plus de progrès, mais par ceux qui ne pouvaient souffrir un tel progrès pris sur leur richesse à la source. Il nous faut donc construire ensemble, Sécurité sociale et secteur mutualiste, avec les organisations syndicales, mais au-delà puisque la Sécurité sociale a une vocation solidaire et universelle, à construire la protection sociale du XXI^e siècle. Une « Sécu à 100 % » qui concernera toute la population, où tout soin, tout médicament, tout traitement (considéré comme pertinent par une discussion démocratique, au-delà des experts), sera remboursé à 100 % (0 % pour les autres non validés).

Une assurance maladie qui ne peut se concevoir sans un service de santé publique fort car sa progression comme son recul des années 80 à aujourd'hui, dépendent du niveau de financement de la Sécurité sociale. Un financement qui doit reposer sur la création des richesses, comme une composante de la croissance économique, donc lié à une sécurité d'emploi et de formation. Une assurance maladie qui ne saurait être la vache à lait de quiconque, et donc il faudra définir le périmètre de soins et le niveau de remboursement d'une manière démocratique. Et nous arrivons au cœur de ce que doit être cette Sécurité sociale de demain, un outil démocratique et de progrès social entre les mains de toutes et tous, et non des financiers.

Ce que contiennent les nouvelles ordonnances sur le travail ?

NDLR : nous donnons ici une synthèse sur ce sujet débattu mais pas toujours clair. Notre but est d'éclaircir la réflexion des lecteurs des Cahiers. Cette note est le fruit du travail de syndicalistes CGT.

Le contexte :

Un projet assumé par le candidat Macron

La réforme du Code du travail est un engagement de campagne d'Emmanuel Macron, même s'il est resté très vague en indiquant dans le débat de second tour son intention « *de simplifier le droit du travail et décentraliser la négociation afin de donner plus de place à l'accord majoritaire d'entreprises ou de branche, et d'encadrer les décisions des prud'hommes* ».

Un projet porté par un gouvernement libéral

Une détermination de Macron soulignée par le choix d'un Premier ministre et de ministres de l'Économie et des Finances ou de l'Action et des Comptes publics issus de Les Républicains, mais aussi par la porosité avec les milieux patronaux, notamment la ministre du Travail, Muriel Pénicaud, ancienne DRH chez Danone.

La casse du Code du travail, une exigence de la commission européenne

Aller encore plus loin que la Loi El Khomri pour flexibiliser le droit du travail, prendre des « *mesures à même d'améliorer la capacité d'adaptation des entreprises aux cycles économiques* », voilà ce qu'exige la Commission européenne. Une loi El Khomri XXL.

Le Medef à la manœuvre

Le Medef, source d'inspiration du projet de loi est satisfait, au point où il se félicite : « *Pour la première fois, on est sorti du donnant-donnant. Jusque-là, on payait les cadeaux qui nous étaient faits* ». Exemple, les « *contrats de projet* » sont une vieille revendication du Medef, proposée en 2000 puis en 2007 par Laurence Parisot, et à nouveau en 2015 dans un catalogue de mesures : « *Le contrat rêvé du Medef* », titrait *Le Figaro*. Le barème impératif des indemnités à verser au salarié en cas de contentieux est une autre des revendications avancées par le Medef dans le même document.

La méthode

Tout d'abord, le calendrier resserré n'a pas créé les conditions d'un dialogue et d'un débat national, d'autant plus nécessaire que le Code du travail est un pilier du modèle social. La procédure choisie par adoption d'ordonnances a court-circuité largement le Parlement, et son rôle de proposition. Les ordonnances promulguées seront certes votées par le Parlement dans un second temps, mais ne pourront être contestées devant le Conseil d'État qu'à la condition que le Parlement les ait rejetées. En outre, lors de la conférence de presse, le Premier ministre a fermé la porte à toute discussion qui porterait sur autre chose que des modifications à la marge lors du débat parlementaire. Sous couvert de dialogue social et de négociations (inexistants lors de la Loi El Khomri), les organisations syndicales n'ont eu accès à aucun document de base à discuter. Le secrétaire général de la CGT confiant sur RMC que « *la délégation CGT était obligée de lire à l'envers* » le document des représentants du gouvernement autour de la table de discussion. Pas de discussion non plus à partir des propositions faites par les syndicats. La CGT a pourtant transmis dès le début des discussions une note de 15 pages de propositions pour l'emploi.

Le contenu

La ligne directrice des ordonnances est d'en finir ou d'affaiblir les repères collectifs que sont le contrat de travail à durée indéterminée, les conventions collectives et le rôle des organisations syndicales dans la négociation entre salariés.

L'élargissement du champ de la négociation d'entreprise

Le plafonnement des indemnités prud'homales

La fusion des instances représentatives du personnel

La négociation par entreprise

Le souhait explicite d'Emmanuel Macron est que le champ de la négociation au niveau des branches et des entreprises soit « *potentiellement élargi à beaucoup d'autres domaines* » dont les conditions de travail et les

salaires. Cette extension se fait au détriment de la loi. Raison pour laquelle certains ont parlé « *d'un Code du travail par entreprise* ». C'est ce qu'on appelle l'inversion de la hiérarchie des normes. C'est bel et bien ce que cette réforme organise, avec un transfert de responsabilités de la loi vers la branche et de la branche vers l'entreprise. Par exemple, la prime à l'ancienneté qui représente jusqu'à 20 % du salaire, sera discutée au niveau de l'entreprise et non plus par branche.

L'essentiel

Moins de 20 salariés : négociation avec n'importe quel salarié suffit pour un accord

Moins de 50 salariés : négociation avec un représentant du personnel pas nécessairement mandaté par un syndicat

Entreprises de plus de 50 salariés : suppression des CE, délégués et CHSCT fusionnés

Primauté de l'accord d'entreprise (même défavorable) sur la branche à propos des primes, des indemnités diverses, du congé de maternité, etc..

Primauté de l'accord de branche (même défavorable) sur la loi à propos de la durée et renouvellement des CDD, des contrats de chantier...

Le plafonnement des indemnités prud'homales

On l'a dit, c'est une vieille revendication du Medef. C'est aussi un point de la loi Macron (sous Hollande) qui avait dû être retirée devant la levée de boucliers syndicale. Son principe : au lieu d'être évaluées en fonction de la gravité du préjudice du salarié, les indemnités prud'homales seront fixées par un barème impératif (et non indicatif comme c'est le cas selon un barème qui tient compte de l'âge, de l'ancienneté, de la difficulté à retrouver un emploi). Résultat, l'employeur n'aura plus qu'à provisionner la prime de licenciement pour pouvoir licencier comme il veut, y compris avec un motif réputé abusif (92 % des contentieux prud'homaux concernent des licenciements abusifs). Un licenciement à bas coût, qui sécurise les comportements des patrons voyous et précarise les salariés. En outre, les délais de recours seront réduits. Quand on sait la difficulté et la longueur des procédures judiciaires...

L'essentiel

Les indemnités prud'homales en cas de licenciement abusif plafonnées à 3 mois de salaire jusqu'à deux ans d'ancienneté et avec maximum de 20 mois de salaire à partir de 30 ans d'ancienneté.

Les indemnités légales seront portées à 1/4 de mois de salaire par année d'ancienneté

Le délai de recours en cas de licenciement passe de deux à un an

La fusion des instances représentatives

La création d'une instance unique de représentation est là aussi une vieille revendication du Medef. Elle fusionne comité d'entreprise, délégués du personnel et comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) au sein d'un « comité social et économique » (CSE). Concrètement, c'est un affaiblissement du pouvoir des salariés dans l'entreprise, avec moins de moyens, moins d'élus, moins d'heures de délégation. C'est finalement la suppression des organismes en charge de la sécurité des salariés comme les CHSCT. La santé et la sécurité au travail ne sont pas de petits sujets dans un pays où 500 personnes meurent chaque année à leur poste de travail.

L'essentiel

Fusion des délégués du personnel, du comité d'entreprise et du CHSCT

Les référendums d'entreprise à l'initiative de l'employeur

La loi El Khomri prévoit qu'un accord d'entreprise doit être « majoritaire » (signé par des syndicats représentant plus de 50 % des salariés). Faute de majorité, pour valider l'accord, les syndicats minoritaires (représentant plus de 30 %) peuvent demander un référendum. Le chef de l'État souhaite que ce référendum puisse se tenir à l'initiative de l'employeur, court-circuitant ainsi davantage les représentants syndicaux. Concrètement, c'est la porte ouverte aux référendums bidons du type « *soit vous acceptez une baisse de salaires et plus d'heures de travail, soit on délocalise* ».

Les contrats de projet, le CDI en danger

Sur le modèle du contrat de chantier dans le bâtiment, des contrats de projet, sorte de CDI au rabais, pourront être établis au niveau des branches, qui fixeront notamment les modalités pour y recourir.

Réforme des plans sociaux

Le projet modifie le périmètre géographique pris en compte pour qualifier un licenciement économique. Résultat, une filiale pourra licencier en France malgré

des résultats florissants à l'étranger. Cette disposition, prévue dans la Loi El Khomri avait été supprimée, notamment sous la pression de la CFDT et de députés réputés « frondeurs ». Concrètement, la lutte des Molex qui s'est conclue par une décision du tribunal qualifiant le licenciement de 191 salariés comme « sans cause sérieuse et réelle » ne pourra plus être victorieuse comme elle l'a été, débouchant sur le versement de 7 millions d'euros d'indemnités aux salariés.

Conséquences

Fragilisation des salariés

Des salariés fragilisés, isolés dans leur rapport à l'employeur désormais prédominant sur la loi ou la branche. Comment se faire entendre sans syndicat ?

Des salariés fragilisés dans leur vie : comment louer un appartement quand on n'a pas de CDI, comment emprunter pour acheter une voiture ?

Des salariés en concurrence accrue, avec un dumping social orchestré par les grands groupes qui dicteront la norme, conduisant à toujours plus de recul, au détriment y compris des PME et artisans. Comme l'a dit la ministre Muriel Pénicaud devant l'Assemblée nationale le 21 juillet dernier, « *l'entreprise, ça commence par les actionnaires qui doivent être pris en compte, qui ont mis leur argent, il leur faut un retour...* »

Réactions

Le front syndical anti-ordonnance ne s'élargit pas mais on peut noter que la CFDT a pris ses distances avec le projet de loi, notamment sur l'affaiblissement du rôle des syndicats. FO qui a accompagné le projet gouvernemental doit convenir par la voix de J.C. Mailly d'importants reculs au sein de ces ordonnances. Le Medef a du mal à cacher sa joie et note par la voix de Gattaz : « *cette réforme nous apparaît comme une étape importante et intéressante* ». Les Républicains doivent également convenir que « *les ordonnances vont dans le bon sens* ». Le Parti socialiste désapprouve officiellement la réforme mais a été tout à fait absent du débat public. Il est divisé sur son soutien et sa participation à la manifestation du 12 septembre. Le FN, officiellement opposé aux ordonnances, est toutefois absent du débat public. Les deux forces politiques qui apparaissent comme impliquées contre la loi sont le PCF et la France insoumise, et leurs groupes parlementaires.

Inefficacité économique

Ces ordonnances s'inscrivent dans la continuité des nombreuses réformes du Code du travail qui ont montré que licencier mieux pour embaucher mieux, cela ne marche pas. Augmenter la faculté de licencier n'a jamais permis de créer des emplois. Le chantage au licenciement n'est une solution que pour accroître la pression sur les salariés. On nous promet des embauches. Mais que sont devenus les « 1 million d'emplois » promis par Gattaz contre les 40 milliards de cadeau du CICE ?

La complexité du Code du travail est le produit des exemptions et exceptions qui ont été obtenues par les patrons.

Les « exemples » allemand ou anglais :

En Allemagne, le nombre de travailleurs pauvres a doublé en 10 ans. Un travailleur sur 10 touche moins de 869 €/mois.

Au Royaume-Uni, que veut dire un taux de chômage à moins de 5 % lorsqu'il intègre des personnes embauchées pour quelques heures par mois (contrats dits « Zéro heure »), des contrats à la tâche, des millions d'auto-entrepreneurs pauvres...

Riposte

Le travail du gouvernement pour diviser le front syndical ne conduit pas à la résignation. Une journée d'action nationale a eu lieu le 12 septembre, à l'appel notamment de la CGT, de la FSU, de Solidaires et de l'Unef. Malgré le flou, le travail d'information lié à la bataille des syndicats et des parlementaires PCF et France Insoumise a contribué à alerter la population pendant l'été. Cette réforme est aujourd'hui rejetée par l'opinion publique (63 % des Français selon enquête Odoxa), ce qui réduit à néant l'argument des tenants des ordonnances qui recherchent une légitimité dans le score de second tour de la présidentielle. La mobilisation peut se poursuivre et être d'autant plus utile que les ordonnances devront passer devant l'Assemblée nationale dans les six mois pour être votées ou rejetées ce qui ouvrirait la possibilité de les contester devant le Conseil d'État.

L'essentiel

La CGT voit ses craintes confirmées

La CFDT se dit déçue et se mobilisera le 3 octobre

Alternative

Les Français ne sont pas rétifs au changement et à la réforme lorsque celle-ci va dans le bon sens. Les communistes font des propositions pour faire évoluer le Code du travail dans le sens de la justice sociale et de l'efficacité.

1. Augmenter les salaires

Ce dont ont besoin les entreprises, notamment les PME ce n'est pas du personnel précarisé dans ses droits, c'est un carnet de commandes plein. Cela passe concrètement par la revalorisation des salaires et des pensions. Nous proposons la revalorisation du SMIC à 1 800 euros bruts.

2. Lutter contre l'emploi précaire

Le CDI doit être confirmé comme norme, les contrats précaires limités, les contrats de stage strictement encadrés. Les travailleurs indépendants victimes de l'ubérisation doivent être présumés salariés comme le réclament par exemple les livreurs Deliveroo actuellement en lutte.

3. Sécuriser l'emploi et la formation

Les communistes proposent une sécurité sociale de l'emploi pour en finir avec le chômage et les emplois précaires, c'est-à-dire la sécurisation progressive de l'emploi et de la formation tout au long de la vie, reconnaissant les droits sociaux (salaire, formation, qualification,...). Les députés communistes ont déposé une loi en ce sens au début de l'année 2017.

4. Partager le temps de travail

L'augmentation de la productivité doit permettre le passage progressif aux 32 heures par semaine. C'est une mesure à la fois efficace pour créer de l'emploi, et un progrès de civilisation permettant une meilleure conciliation entre vie professionnelle et personnelle.

5. Interdire les licenciements boursiers

De trop nombreux licenciements n'ont pour objectif que d'accroître la rentabilité financière de l'entreprise. Ils doivent être interdits. Les entreprises qui licencient de manière injustifiée devraient en outre rembourser les aides publiques dont elles bénéficient (CICE, CIR...). Les patrons voyous assistés ne doivent plus profiter de l'aide publique.

6. Encadrer la rémunération des dirigeants

Les salaires au sein d'une même entreprise doivent être encadrés dans un rapport de 1 à 20.

7. De nouveaux pouvoirs pour les salariés

Les salariés sont intéressés à la vie de leur entreprise. Ils la connaissent, souhaitent son développement, veulent contribuer à définir l'utilité sociale et économique de leur travail. Ils doivent être plus associés aux décisions. Cela commence par un droit de veto suspensif du comité d'entreprise sur les décisions stratégiques, et un droit de préemption des salariés pour qu'ils puissent reprendre leur entreprise.

Grippe aviaire 2016 : Danger sur la filière gras ou alibi pour sa restructuration ?

Par Frédéric Rauch, économiste

NDLR : nous donnons ici ce texte pour montrer l'impact économique de décisions politiques prises au nom de la santé publique (donc a priori incontestables) pour en réalité poursuivre d'autres buts (contestables). Instrumentalisation de la santé publique ?

La relance de la production de canards gras au printemps 2017 s'est opérée sur un champ de ruine. La grippe aviaire 2015-2016 a dévasté toute une région agricole et mis en difficulté les producteurs de la filière gras. Elle s'est traduite par un total de 20 millions de canards perdus pour la production, par une consommation de foies gras en chute de 9 % et par des velléités concurrentielles d'anciens partenaires commerciaux. Nombre de producteurs ne s'en remettront pas. Mais pire encore, les remèdes demandés aux pouvoirs publics par les grands groupes coopératifs dominant le secteur constituent une attaque en règle contre les petits producteurs autant qu'une accélération de sa restructuration à leur propre avantage. La grippe aviaire pourrait devenir l'alibi d'une mise en coupe réglée des acteurs du secteur au bénéfice des seuls grands groupes coopératifs et de leurs objectifs économiques et financiers. Et ce qui fait l'excellence française du produit et d'un terroir disparaître...

1. La production française de foies gras mise à genoux par la grippe aviaire ?

Après l'épidémie de grippe aviaire de 2012 qui a vu la propagation du virus H5N1, le secteur agricole de production du canard gras (et accessoirement des volailles à viande) a dû faire face entre fin 2015- fin 2016 à l'épizootie du virus H5N8, fléau de la production palmipède. Fragilisée par cette succession de crises, le secteur du foie gras français est désormais en difficulté. Le bilan de l'année 2016 est mortifère. Avec les 3,7 millions de canards abattus, le Comité interprofessionnel des palmipèdes à foie gras (CIFOG) estime à 6 millions en sus le nombre de canards soustraits à la production depuis le début de l'épizootie en 2016. Soit un total de 9,7 millions de canards perdus pour la production française de foie gras, correspondant à 4750 tonnes de foies gras équivalant une perte de 250 millions d'euros pour la filière.

Concentrée pour l'essentiel dans 5 départements du sud ouest de la France (Landes, Gers, Lot et Garonne, Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Atlantiques), c'est toute l'économie agricole de ce bassin géographique qui est impactée. 55 % du potentiel de production pourrait être touché et 6000 salariés du secteur auraient à en subir les conséquences d'une manière ou d'une autre, que ce soit par la baisse de la production imposée par le plan sanitaire et les mesures de biosécurité mais aussi par la chute des exportations consécutive à la fermeture aux productions françaises pour durée indéterminée de marchés à l'export tel celui du Japon (1^{er} débouché international de la filière). Au total, en seulement 2 ans, c'est 1/3 de la production qui a disparu. Et cela ne devrait pas s'arranger en 2017 puisque par les mesures imposées, la production sera mécaniquement réduite de 15 % à seulement 24 millions de canards.

Mais c'est aussi l'ensemble de l'économie nationale qui pourrait en subir les effets induits. Avec plus de 2 milliards d'euros de chiffre d'affaires annuel, une moyenne de 38 millions de palmipèdes élevés par an, 30000 emplois directs et 100000 emplois indirects, 4800 exploitations agricoles à dominante palmipèdes gras, près de 20000 tonnes de foies gras produits par an soit 75 % de la production mondiale pour plus de 4000 tonnes exportées (20 % de la production nationale pour plus de 100 millions d'euros), la filière foie gras n'est pas négligeable dans le paysage économique agricole français. Et c'est sans compter l'image d'excellence culinaire qu'elle développe à l'étranger.

2. La réponse publique à la grippe aviaire en question

Pour pallier les difficultés actuelles du secteur, les pouvoirs publics en lien avec les grands acteurs du secteur ont travaillé dans deux directions pour « soutenir » la filière. Après la découverte en Dordogne le 24 novembre

2015 du 1^{er} cas de grippe aviaire et le déclenchement du plan sanitaire national d'intervention d'urgence, puis de plusieurs cas en décembre 2015 dans le Sud Ouest entraînant la fermeture du marché japonais aux productions avicoles et palmipèdes françaises, le gouvernement a en premier lieu engagé le 16 janvier 2016 un plan d'éradication du virus en 3 volets, avec l'arrêt de la mise en place de canetons dans les élevages (18 janvier 2016), le nettoyage-désinfection-vide sanitaire dans les élevages (11 avril 2016) et l'institution d'un délai sanitaire de 4 semaines après le vide sanitaire pour la réinstallation de la production. Le 27 janvier 2017, le gouvernement a annoncé une première enveloppe de 130 millions d'euros d'indemnisation des pertes courantes au bénéfice des accouveurs et producteurs, sur les 250 millions estimés de pertes pour la filière. Compte tenu de l'arrêt de production durant 4 mois et l'effet en chaîne sur l'ensemble des maillons de la production, les professionnels de la filière estiment eux un coût global de 450 millions d'euros.

Mais les décisions ne se sont pas arrêtées là. Après négociation avec le CIFOG, et toujours dans le cadre de la stratégie d'éradication du virus, le gouvernement a répondu favorablement aux exigences des coopératives du secteur et s'est engagé sur la mise en œuvre de nouvelles règles de biosécurité. Parmi lesquelles, la claustration des animaux du 15 novembre au 15 janvier de chaque année au motif des migrations d'oiseaux sauvages, l'obligation de l'élevage d'une seule génération de palmipède par bande de production et la systématisation entre chaque arrivée d'une période de vide sanitaire de désinfection. Puis les industriels du secteur ont avancé l'idée d'une assurance obligatoire des producteurs afin de limiter les effets des pertes de volumes de production.

Ces mesures n'ont pas manqué d'inquiéter dans le milieu. En effet, par-delà les critiques visant des mesures qui bénéficieraient d'abord aux entreprises et grosses coopératives du secteur fournissant le matériel de mise aux normes, la critique principale porte sur le fait que, cumulées, ces mesures sanitaires vont conduire à réduire les volumes de production. Or, pour maintenir le même niveau de production, dans les normes nouvelles de production, les exploitants devraient alors construire environ 1 000 bâtiments supplémentaires de 400 m² chacun pour un coût unitaire moyen de 100 000 euros chacun, selon le CIFOG. Au moment où, dans un contexte d'incertitudes économiques sur la croissance du secteur, les éleveurs viennent déjà d'investir 110 millions d'euros pour changer tous les logements des salles de gavage afin de répondre à des évolutions sanitaires

consécutives aux épidémies précédentes, ces nouveaux investissements de biosécurité pourraient déstabiliser la filière. Le coût de cette nouvelle mesure pourrait se traduire ou bien par la disparition des producteurs n'ayant pas financièrement les reins solides, ou bien par l'obligation de leur concentration capitalistique et leur adossement renforcé aux grosses coopératives du secteur.

Or ces producteurs en difficultés suite à la crise et aux nouvelles contraintes sanitaires sont pour l'essentiel les petits producteurs. Car c'est une spécificité du secteur, la production est divisée en deux groupes de producteurs. D'un côté, la filière longue organisée principalement autour de grands groupes coopératifs à forts degrés d'intégration associant la production de maïs grain au produit fini en passant par le gavage et la transformation dans une très classique *supply chain* industrielle. De l'autre, la filière courte composée d'éleveurs indépendants produisant et commercialisant directement leur production, souvent des exploitants familiaux. Pour ceux-là par exemple, qui accueillent les animaux dès les premiers jours d'élevage jusqu'au produit transformé, ces mesures de biosécurité signifient un arrêt de la production 6 mois dans l'année. Sans trésorerie solide, pas de survie possible. Dans ce schéma d'organisation de la production du secteur, seuls les producteurs ayant la surface financière suffisante ou étant adossés à des financeurs comme sous-traitants pourront assumer sans trop de difficultés ces investissements de modernisation. Les autres devront s'endetter sans certitudes de débouchés suffisants ou arrêter de produire. Ce qui ajouterait aux difficultés des acteurs du secteur et à l'instabilité de la filière. Mais dans tous les cas, ce sont les grandes coopératives qui verraient leur contrôle sur la filière renforcé.

3. La grippe aviaire : révélateur et accélérateur des mutations profondes de la filière et du secteur

Mais pourquoi alors prendre des décisions sanitaires de cette nature qui pourraient mettre en difficulté une partie de la filière ? Pour assurer la pérennisation des restructurations engagées dans la filière à l'initiative des grands groupes coopératifs.

Car si cette crise aviaire a bien mis en difficulté les acteurs de la filière, elle est aussi un révélateur-amplificateur des mutations en cours vers une domination des grands acteurs du secteur, les coopératives industrielles, et une tendance à la financiarisation des activités. L'appel à de nouvelles règles de biosécurité ne répond pas seulement à des impératifs sanitaires. Il est aussi une réponse

à l'adaptation de la filière aux objectifs des grands groupes industriels coopératifs qui la contrôlent dans un environnement productif et commercial national et international en évolution rapide.

D'une stratégie agricole à une stratégie industrielle et financière de conquête mondiale

La crise aviaire arrive effectivement à un moment particulier des mutations du secteur : après la 1^{re} vague de concentration du capital débutée au milieu des années quatre-vingt-dix. C'est à cette époque d'intensification des concentrations capitalistiques mondiales, que de grands groupes coopératifs font leur apparition sur le secteur du foie gras. Confrontés à la libéralisation des marchés agricoles, et notamment à la baisse des revenus de leurs adhérents maïsiculteurs, ils ont largement investi le secteur du gras pour diversifier leurs productions, leurs coûts, dégager des marges, et se positionner en interlocuteurs uniques face à la grande distribution. Aidés en cela dans un premier temps, par une loi de 1992 autorisant les coopératives à développer leurs activités dans le cadre de filiales, les alliances entre coopératives et les partenariats avec des acteurs privés se sont développés. Puis, l'accord de Luxembourg de juin 2003 qui a déconnecté les subventions européennes aux agriculteurs des volumes de production pour les subordonner à des impératifs environnementaux, a accéléré le mouvement. Pour s'adapter à cette perte de ressources publiques, les coopératives se sont engagées dans une période de restructurations avec pour objectif d'atteindre une taille critique afin d'affronter la concurrence, l'envolée des prix des matières premières accélérant ce phénomène.

Ainsi, en 1998, Maïsador a racheté Delpyrat et construit un pôle volailles visant à fédérer les producteurs du Sud Ouest et assurer une diversification et un débouché à ses productions céréalières. En 10 ans, la coopérative landaise est passée d'un CA de 10 millions d'euros à un CA de 1,4 milliard d'euros. De son côté, Euralis a fusionné en 2012 avec la coopérative Stalaven afin de créer un pôle traiteur foie gras (Montfort, Rougié), avec désormais plus de 1,5 milliard d'euros de CA. Quant à Lur Berri, il est devenu actionnaire majoritaire de Labeyrie Fine Foods après 12 ans de collaboration pour développer un pôle de produits finis de près de 2 milliards d'euros de CA, inclus le foie gras. Et le mouvement de concentration ralenti par la crise financière de 2007-2009 a largement repris depuis. C'est ce mouvement de concentration qui a structuré la production du secteur en deux filières. La longue (88 % du marché), industrielle, qui organise sa production verticalement et de manière

très segmentée entre ses maillons professionnels en divisant le travail (reproducteurs, accouveurs, éleveurs, gaveurs, transformateurs). Cette filière intégrée au sein de laquelle Euralis, Maïsador et Lur Berri, trois groupes coopératifs, monopolisaient en 2015 70 % du marché national du gras, a su imposer ses choix tant organisationnels (organisation industrielle des coopératives) que techniques (choix du produit : spécialisation sur le canard mulard (au lieu du canard de barbarie originel) plus productif et abandon de l'oie) afin d'assurer des gains de productivité et des volumes de production adaptés à ses exigences. En 25 ans, la production a été multipliée par trois. Et la filière courte, qui représente 12 % du marché et 6 % des volumes produits, constituée sur le schéma éleveurs-gaveurs (circuits fermés) répondant aux exigences des systèmes durables, conciliant les dimensions économiques, environnementales et sanitaire, et sociale. Sans oublier la qualité.

C'est toujours ce mouvement de concentration du capital qui est aussi à l'origine du développement international des marchés du gras afin de se dégager des contraintes d'un marché français leader mais où les débouchés sont désormais insuffisants. Avec 19 500 tonnes en 2016 (3 200 tonnes en 1985 !) sur une production mondiale totale de 27 000 tonnes, la France est le leader incontestable de la production de foies gras au monde. Elle est aussi le premier consommateur de foies gras avec en moyenne 280 grammes par personne et par an, soit 70 % de la consommation mondiale. Seulement, la consommation française stagne à ce niveau depuis plus d'une dizaine d'années et le marché n'est pas extensible par la nature du produit. Les industriels se sont donc tournés vers l'exportation, notamment de produits transformés plus rémunérateurs. Les exportations sont ainsi passées de moins de 500 tonnes en 1985 à près de 5 000 tonnes en 2015 (partagées également entre foies crus et produits transformés). La France a ainsi accru ses exportations dans un premier temps au sein de l'UE (Espagne, Belgique, et dans une moindre mesure GB, Allemagne, Italie, Pays-Bas, Danemark, Tchéquie). L'UE à 27 est devenue le premier importateur de produits gras français, crus (1 994,7 t en 2014) et transformés (1 193,7 t). Pour autant, les dernières années montrent un léger recul des exportations en Europe (-17 % en 2013 et -6,2 % en 2015).

À l'inverse, des pays tiers (Suisse, Japon, Hong-Kong, Singapour, Canada) tendent à prendre une place de plus en plus importante (1 745 tonnes en 2014, dont 1 200 en produits transformés). Une exportation somme toute modeste en volume, mais dont le rythme de croissance

ne cesse d'augmenter. Ainsi, des pays qui n'étaient pas consommateurs s'ouvrent très largement au foie gras. À grand renfort de marketing, les exportations ont crû de 4783 % en Indonésie, de 374 % au Qatar, de 180 % au Canada, de 75 % en Thaïlande et de 33 % en Australie. Pour répondre à ce développement de la demande internationale, les industriels du secteur ont aussi délocalisé une partie de la production directement dans ces pays. Ainsi, l'attention des 3 grands groupes français s'est clairement dirigée vers le continent asiatique. Le Japon, premier consommateur non européen, est une cible privilégiée, tout comme la Chine. Ainsi, par exemple, Euralis investit depuis 2007 en Chine et commercialise des produits fabriqués là-bas sous sa marque Rougié pour du haut de gamme avec un rythme de croissance de 20 % par an. Le groupe a investi en 2014 plus de 15 millions d'euros pour une unité de production et de transformation avec l'objectif d'une production de 1 million de canards en 2020. Si la consommation de foie gras en Chine demeure marginale (200 t par an), l'évolution est clairement engagée.

La grippe aviaire impacte la logique de développement des industriels

Or, la grippe aviaire a enrayé la belle mécanique de développement du secteur. Non seulement elle a restreint la demande mondiale, des pays comme le Japon ont fermé leurs importations aux produits français, mais le renchérissement des prix, en particulier des produits transformés (+8 % en 2016), a amplifié le recul de la consommation européenne et nationale. Et cela malgré un prix des intrants de la filière en baisse continue (prix du maïs notamment). Sur le 1^{er} semestre 2016, les exportations ont chuté de 22 % (de 23 % en valeur). Les produits transformés se sont tassés de 15 % en volume et 9 % en valeur. Les exportations de foies crus, produits à forte valeur ajoutée, se sont effondrées : -29 %. Rapportées aux pays importateurs, l'Espagne a baissé ses importations de 12 %, la Suisse de 11 %, la Belgique de 8 %, la GB de 29 %. Mais ce sont surtout les pays tiers qui sont largement en repli : -77 % pour le Japon, -87 % pour la Thaïlande, -81 % pour Taïwan et -29 % pour Hong-Kong.

Parallèlement, l'effondrement de la production française a incité les importations des principaux concurrents français en Europe : les Bulgares et dans une moindre mesure les Hongrois. Neuf foies gras frais importés sur 10 viennent de ces deux pays. Or pour le seul 1^{er} semestre 2016, les importations ont fait un bon de 46 % en volume et de 56 % en valeur. Mais cet

effondrement de la production française a aussi favorisé le développement des exportations de ces pays. En 15 ans, la production exportée en France par la Bulgarie est passée de 100 % à 80 %, et depuis peu elle s'implante autant en Suisse qu'en Thaïlande et au Vietnam, et même au Japon, avec ses propres marques et une rentabilité plus élevée. Si ces deux pays restent encore des acteurs modestes (les exportations françaises en volume sont supérieures au total de la production de foies de ces deux pays réunis), il n'en demeure pas moins que le modèle économique bulgare et hongrois se développe et pourrait bénéficier largement des hausses de prix des productions françaises. Et à terme constituer un concurrent sérieux au leadership français. L'épizootie de grippe aviaire lui donnerait un coup de pouce significatif...

4. La réponse des industriels : avec l'aide de l'État, faire de la grippe aviaire un atout pour accentuer leurs logiques de domination du secteur, quitte à sacrifier les agriculteurs et la qualité des productions

Car c'est bien de cela qu'il s'agit. La grippe aviaire fait la démonstration des conséquences sanitaires autant qu'économiques du modèle de développement des grands groupes coopératifs. L'organisation industrielle de la production est clairement identifiée aujourd'hui comme la cause principale de propagation du virus aviaire. Si le virus n'est pas une nouveauté dans les exploitations, il est une des données de l'élevage de palmipèdes, sa propagation à grande échelle est-elle une nouveauté. La sélection des canards et la perte de biodiversité que cela implique, la segmentation de la production à chaque étape de croissance et de transformation du palmipède, le transport régulier des palmipèdes d'un site à un autre, la concentration massive des canards dans des conditions favorisant la prolifération virale (cages individuelles), tout cela pour assurer un haut niveau de productivité et de production afin de répondre au développement du secteur en Europe et dans le monde, toute cette organisation industrielle est la cause de l'épizootie vécue par le secteur.

Dans une déclaration du 31 janvier 2017, un collectif de vétérinaires alertait clairement : « [...] lorsque l'on sait qu'un virus est une information génétique (brin d'ARN ou d'ADN), il est évident que l'élevage de volailles, tel qu'il est organisé aujourd'hui, est très favorable à la diffusion de cette information virale d'autant plus que la filière intensive et/ou industrielle concentre en permanence un grand nombre d'animaux sensibles, du même âge, privés de diversité génétique et soumis à une alimentation industrielle intensive elle aussi très peu diversifiée. La réaction des autorités pour

protéger les droits à l'exportation [...] a consisté à exiger un vide sanitaire des élevages pendant plusieurs mois et la désinfection considérant que seule l'absence des animaux sensibles peut arrêter la propagation du virus. Les mesures de biosécurité ne remettent pas en cause le système intensif et pyramidal de cette filière. [...] C'est un grand effort demandé aux éleveurs sans aucune garantie [...] ».

Pourtant, les mesures préconisées par le CIFOG et le gouvernement accentuent ces risques. La désinfection des véhicules et des cages, si elle est nécessaire, ne suffit pas à éliminer le risque de grippe aviaire. La claustration des animaux pendant les migrations non seulement ne répond pas aux besoins, puisque les animaux sauvages ne sont pas responsables de l'épizootie, mais renforce le risque de propagation avec le confinement. Pire, les contraintes de vides sanitaires après chaque cycle d'élevage, qui vont mécaniquement réduire le volume de la production par site et accroître les coûts unitaires de production, auront des conséquences lourdes pour les producteurs. Ou bien ils vont devoir s'endetter pour restaurer le niveau de leur production ; et la création de sites de production à bande unique va les inciter à cela puisqu'elle les oblige à accroître le volume d'animaux par cycle pour maintenir le niveau de production, là encore avec le risque de déclenchement d'épizootie ; ce qui aura pour conséquence directe la fragilisation grave de leur équilibre économique. Ou bien ils ne le pourront pas, et pour baisser leurs coûts unitaires réduiront la qualité des productions, soit aux moyens d'une hausse des dosages d'antibiotiques pour les éleveurs, soit par l'appel à des foies gras étrangers pour les transformateurs, quitte à perdre le label qualité. Et dans tous les cas, le consommateur aura à en payer les frais. Avec une hausse moyenne en 2016 des coûts de production de 20 %, ce sont les prix qui ont eux augmenté de 10 à 25 %...

À y regarder de près, aucune mesure n'est donc prise pour lutter précisément contre les causes industrielles à l'origine de cette épizootie. Mieux, émerge dans le débat la nécessité d'une couverture assurantielle des producteurs afin de réduire les coûts financiers sur l'ensemble de la filière. Illustration s'il en était d'une absence réelle de volonté des grands acteurs de régler la question effectivement. En revanche, toutes ces mesures assurent la pérennisation des volumes de production nécessaires au développement des groupes coopératifs industriels, ainsi qu'un transfert des charges du modèle industriel et de valorisation du capital vers les exploitants. Quitte au passage à liquider un des joyaux culinaires français.

Extrait d'interview de Michel Prugue (PDG de Maisadour) in rapport d'activité groupe coopératif Maisadour 2015 :

L'influenza aviaire a accéléré la remise en cause du fonctionnement de la filière canards. En effet, sur ce marché mature, le comportement des opérateurs économiques doit naturellement évoluer et s'adapter. Le cataclysme de l'influenza aviaire est venu percuter de plein fouet nos analyses. De fait, le monde de la production et du commerce de foie gras vivra forcément un « avant » et un « après » crise de l'influenza.

Au-delà de la crise de l'influenza aviaire, nous avons revu l'ensemble de la chaîne de valeur de cette filière et identifié des axes de progrès significatifs et mis en place des actions. [...]

La diversité des aléas qui peuvent nous frapper (climatiques, économiques, politiques) nous obligent à nous poser la question du modèle pertinent de politique agricole commune dont nous aurons besoin dans le futur. La nécessité d'outils publics de régulation et de solidarité permettant de faire face à des aléas d'intensité maximum ne doit pas nous détourner de notre responsabilité commune de créer des outils assurantiels collectifs ou privés efficaces, seuls capables de permettre une gestion efficiente des exploitations agricoles.

Une évolution de l'offre assurantielle associée à une adaptation de la fiscalité agricole doit permettre d'apporter de la visibilité et de la sécurité à nos agriculteurs. L'expérience menée dans notre coopérative dans les productions végétales contractuelles, et partiellement dans les productions de volailles, nous permet d'affirmer que des solutions pertinentes sont possibles.

5. Comment aujourd'hui remettre sur pied un secteur en danger? Des pistes...

Malgré la reprise de la production et la fin officielle de la crise aviaire, le secteur reste profondément impacté par les conséquences de cette épizootie. L'accélération du passage d'une industrie à taille humaine vers une industrie taillée pour le mondial, avec pénétration des capitaux financiers, qu'elle occasionne modifie la physionomie du secteur autant que ses logiques économiques. Si la réglementation sanitaire est incontestablement nécessaire, elle ne peut à elle seule constituer la solution et risque même d'apparaître comme la cause des difficultés à venir pour les producteurs. Il est donc impératif d'ouvrir des marges de manœuvre pour les producteurs comme pour les transformateurs. Parmi lesquelles le recours à des financements d'adaptation de l'appareil productif qui réduisent les coûts du capital supportés par les producteurs.

De ce point de vue les financements européens de la PAC pourraient en partie servir d'amorce à une prise en charge des intérêts d'emprunts des producteurs, si ces emprunts améliorent la qualité de la production. Plutôt que de servir de compensation financière, ils pourraient être des outils d'un développement maîtrisé de l'appareil productif dans nos campagnes.

Reste que cette hypothèse n'est réalisable que dans la mesure où l'organisation économico-politique du monde agricole n'est pas subordonnée à la domination des groupes coopératifs, industriels et financiers. À savoir dans la mesure où les pouvoirs publics n'enferment pas la négociation du secteur dans un duo État-CIFOG, c'est-à-dire État-représentants du grand patronat de la filière. C'est un point essentiel du débat. L'hyper-hiérarchisation de la production agricole a transformé les exploitants agricoles en sous-traitants des grands groupes coopératifs. Ce tissu productif qui fait de l'exploitant un quasi-salarié de son donneur d'ordre (modèle de l'auto-entreprenariat poussé à son paroxysme), déplace dans le même temps le pouvoir de négociation dans les filières vers les donneurs d'ordres, dont les intérêts économiques et financiers ne sont pas les mêmes. Les producteurs doivent récupérer des pouvoirs de décision et d'intervention sur la filière. Les pouvoirs publics doivent pouvoir jouer un rôle dans ce sens. Aujourd'hui, ils ne répondent qu'aux objectifs de développement international de la filière, contre l'intérêt des producteurs locaux.

La grippe aviaire et son traitement illustrent assez bien la réalité des rapports de force au sein du monde agricole, et la volonté de domination sans partage des grands investisseurs et des financiers sur sa production. Elle montre la capacité de pénétration des logiques financières, y compris au sein de secteurs supposés traditionnels. Parallèlement, elle donne à voir aussi la nécessité pour les producteurs de reconstruire un rapport des forces permettant à nouveau une maîtrise par les producteurs eux-mêmes de tous les segments de la production. À commencer par la capacité de financement de l'activité.

Intervention de Bernard Thibault lors du Forum européen sur la voie chinoise 2017 organisé par l'Académie du marxisme de l'Académie des sciences sociales de Chine,

la Fondation Gabriel Péri & le Parti communiste français

N.D.L.R. : Nous donnons ici le texte de cette intervention qui présente de façon simple et directe les données chiffrées principales des enjeux du colloque international que nous organisons les 23 & 24 novembre 2017 à Paris.

J'interviendrais à partir de mon poste d'observation principal qui est désormais l'Organisation internationale du Travail ou je siège à son Conseil d'Administration au côté d'autres représentants des travailleurs issus des différents continents. Au-delà de ce qui nous différencie dans cette institution nous pouvons faire le même constat : l'accroissement des richesses mondiales est loin de se traduire uniformément par une amélioration des protections et de la stabilité pour les travailleurs.

Bien sûr nous pouvons trouver des nuances sur cette tendance mondiale selon les pays ou les continents. Cependant une tendance lourde demeure. La capacité de production de richesses est inégalée dans l'histoire alors que la situation sociale des travailleurs ne s'améliore pas dans les mêmes proportions voir elle peut se dégrader.

Il y a plusieurs raisons qui participent à ce constat :

- Les conditions dans lesquelles s'organise l'amplification des échanges internationaux contribuent à la valorisation prioritaire du capital sur le travail.
- L'expansion des nouvelles technologies conçues et utilisées avec le même objectif.
- Ainsi la mise en concurrence internationale des travailleurs par le moins-disant social s'amplifie.

C'est ce qui m'a conduit à intituler un ouvrage paru l'année dernière « *la troisième guerre mondiale est sociale* ».

Comme je l'indiquais tous les territoires ne vivent pas le phénomène avec la même intensité. Cela étant nous ferions bien de ne perdre la mémoire en se rappelant l'un des constats politiques retenus par les états à la fin de la 2^e guerre mondiale : « *Toute zone de pauvreté, ou qu'elle existe, représente une menace pour la prospérité de tous* » (déclaration de Philadelphie, 1944). C'est sans doute parce que nous nous sommes éloignés de cet enseignement de l'histoire au fil des décennies que nous en sommes là aujourd'hui.

Si on observe les zones de fragilités sociales présentes aujourd'hui dans le monde et les zones de conflit voir de guerre, les cartes peuvent presque se superposer.

Sur le continent européen la dégradation se traduit par exemple par

- La remise en cause des législations du travail et des systèmes de protection sociale. (L'actualité française est marquée par l'opposition aux ordonnances du Président de la république affaiblissant le Code du travail)
- Des mesures d'austérité et de révision des droits sociaux au titre des plans dits « *de redressement* » imposés par des institutions comme le FMI (Voir Roumanie, Espagne, Portugal, Grèce...)
- Ce qui se joue en Europe vise globalement un grand nombre de conquêtes souvent chèrement acquises par les travailleurs par leurs luttes syndicales et politiques.

Comme vous le savez sans doute l'OIT mène sa mission de « promotion de la justice sociale à travers le monde » autour du concept de « travail décent ». Le travail décent résume les aspirations des êtres humains au travail. Il regroupe l'accès à un travail productif et convenablement rémunéré, la sécurité sur le lieu de travail et la protection sociale pour les familles, de meilleures perspectives de développement personnel et d'insertion sociale, la liberté pour les individus d'exprimer leurs revendications, de s'organiser et de participer aux décisions qui affectent leur vie, et l'égalité des chances et de traitement pour tous, hommes et femmes.

Une des premières données parmi les plus spectaculaires qui illustre le chemin qui reste à faire est ce constat : 1 travailleur sur 2 exerce son ou ses activités dans le monde sans contrat de travail. Cette proportion qui continue d'augmenter montre au combien la nécessité d'autres régulations que celles existantes aujourd'hui.

S'agissant de l'emploi on estime que plus de **600 millions de nouveaux emplois doivent être créés d'ici à 2030**, simplement pour suivre le rythme auquel s'accroît la population mondiale en âge de travailler. Cela représente environ **40 millions d'emplois par an**. Nous devons aussi améliorer la situation de quelque 780 millions d'hommes et de femmes qui travaillent mais ne gagnent pas suffisamment pour se hisser eux et leurs familles au-dessus du seuil de pauvreté fixé à 2 dollars par jour.

40 % de la population mondiale vit avec moins de 2,5 \$ /jour.

On peut relever en matière d'emploi la persistance des formes de surexploitation de la main-d'œuvre qui sont protégées par des conventions d'application universelles. L'OIT combat « *l'esclavage moderne* ». Pour ma part j'ai toujours du mal à joindre le mot « *moderne* » à « *esclavage* ». On estime à **40 millions environ le nombre de personnes pris au piège de l'esclavage**. Les femmes et les filles sont touchées de manière disproportionnée puisqu'elles sont 29 millions, soit 71 pour cent du total. Une victime de l'esclavage moderne sur quatre est un enfant, soit environ dix millions. 37 pour cent (soit 5,7 millions) des personnes forcées de se marier étaient des enfants. En 2016, à tout moment, quelque 25 millions de personnes étaient victimes du travail forcé. Parmi elles, 16 millions étaient victimes d'exploitation à des fins de travail forcé dans le secteur privé (travail domestique, construction et agriculture), environ 5 millions subissaient une exploitation sexuelle forcée et un peu plus de 4 millions de personnes (soit 16 pour cent du total) étaient victimes de travail forcé imposé par leur État. Je suis heureux d'entendre à l'instant un de nos amis nous indiquer que des mesures étaient prises pour interdire l'esclavage dans une des régions chinoises.

152 millions d'enfants – 64 millions de filles et 88 millions de garçons – sont victimes du travail des enfants, soit près **d'un enfant sur dix dans le monde**. Le plus grand nombre d'enfants âgés de 5 à 17 ans victimes du travail des enfants se trouve en Afrique (72,1 millions), suivi par l'Asie et le Pacifique (62 millions), les Amériques (10,7 millions), l'Europe et l'Asie centrale (5,5 millions) et les États arabes (1,2 million). Environ un tiers des enfants âgés de 5 à 14 ans qui subissent le travail des enfants se trouvent hors du système scolaire. Par ailleurs, 38 pour cent des enfants entre 5 et 14 ans effectuant des travaux dangereux et près des deux tiers de ceux âgés entre 15 et 17 ans, travaillent plus de 43 heures par semaine.

Santé et sécurité au travail: « *L'absence d'investissements suffisants dans la sécurité et la santé au travail a un impact économique mondial qui équivaut environ au PIB cumulé des 130 pays les plus pauvres du monde* », a précisé le Directeur général de l'Organisation internationale du Travail (OIT), Guy Ryder, aux quelque 3 500 participants à la cérémonie d'ouverture du XXI^e Congrès mondial sur la sécurité et la santé au travail, qui avait lieu à Singapour le 3 septembre.

Les nouvelles estimations mondiales indiquent que les maladies et lésions professionnelles représentent **3,94 pour cent du PIB mondial par an, soit 2 990 milliards de dollars des États-Unis**. En termes de vies humaines, cela signifie que **2,78 millions de travailleurs continuent de mourir chaque année d'accidents du travail et de maladies professionnelles – 2,4 millions de ces décès étant imputables aux seules maladies professionnelles**. Il y a ainsi, chaque année, davantage de morts du fait du travail qu'il n'y a de victimes dues aux guerres et aux conflits existants sur la planète.

Pour faire face à ce fléau, il faut aussi noter que 74 % de la population mondiale ne dispose pas d'un véritable système de protection sociale. Ceci nous conduit, avec les amis de la fondation Gabriel Péri, à organiser prochainement un colloque à Paris ayant pour thème « le droit à la protection sociale pour tous les peuples ».

L'observation de la situation des salaires des travailleurs est un autre indicateur permettant d'apprécier le degré de partage des richesses créées. Le dernier Rapport sur **les salaires 2016 de l'OIT** est plein d'enseignements. L'évolution des salaires réels est influencée par des facteurs économiques comme la croissance du PIB et l'inflation, mais aussi par d'autres déterminants. De nombreux travaux ont désormais montré que dans la majorité des pays la croissance des salaires au cours des dernières décennies est restée en deçà de celle de la productivité du travail, avec pour conséquence une chute de la part des salaires dans la valeur ajoutée. Cela est probablement dû à la combinaison de plusieurs facteurs: mondialisation, progrès technique favorisant la main-d'œuvre qualifiée, affaiblissement des institutions du marché du travail et pression accentuée des marchés financiers pour allouer les surplus des grandes entreprises aux investisseurs. Dans de nombreux pays, la part du travail a repris sa tendance de long terme, à la baisse, entre 2010 et 2015, dans une petite majorité de pays. Parmi les exceptions figurent, l'Allemagne et la Chine.

Je serais heureux d'entendre les indications que pourrions-nous donner nos invités à ce propos.

Personnellement je vois 2 facteurs qui ont contribué à une certaine progression des salaires en Chine.

- D'une part des décisions du pouvoir central.
- D'autre part la pression exercée par des travailleurs revendiquant à juste raison une augmentation de leur salaire.

Une récente réunion des ministres du travail des BRICS – Brésil, Fédération de Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud a mis en évidence que ces pays représentent désormais **48 pour cent de la population mondiale et 21 pour cent de la production mondiale**. C'est dire l'impact important des politiques économiques et sociales retenues dans ces pays sur la marche du monde d'où l'intérêt de nos échanges d'aujourd'hui.

Je voudrais, pour arriver à la fin de mon propos, évoquer 3 derniers sujets.

1. La moitié de la population mondiale vit dans des pays qui n'ont pas ratifié les conventions 98 et 87 sur les libertés syndicales et le droit à la négociation collective.

C'est bien sur une donnée qui affaiblit les travailleurs dans leur aspiration à voir leurs situations prises en compte. Je serais intéressé d'entendre nos invités sur l'adoption de ces textes.

2. La place des multinationales devient de plus en plus prépondérante, au détriment des états, pour décider des zones d'investissements ou de délocalisation d'activités. Recensées au nombre de 700 000 environ ces grands groupes emploient directement 200 millions de travailleurs, ce qui n'est pas considérable, mais leur activité conditionne le travail pour 1/5 des salariés. D'ici quelques années les projections nous prédisent que cette proportion passera à 1/4 ce qui montre l'ampleur du phénomène.

3. Enfin, et pour conclure, il est évident que toutes ces données posent la question cruciale des nouvelles régulations mondiales indispensables.

- Dans le domaine du commerce : sur ce plan la manière dont la Chine conçoit ses accords commerciaux bilatéraux au regard des objectifs sociaux est essentielle.
- Dans le domaine de la finance internationale.
- Sur le plan social : quid des prérogatives de l'OIT ?

De nouveaux défis comme l'ampleur des migrations de population, inégalée depuis 70 ans, qui ne doivent

pas être de nouvelles victimes dans les pays d'accueil par une surexploitation hors normes de leur travail.

Je vous remercie.

Les Brèves des cahiers

Le retour des superprofits pour les champions de l'économie française

Les 40 principaux groupes cotés à la Bourse de Paris (CAC 40) ont engrangé 51,6 milliards d'euros de bénéfice en six mois⁽¹⁹⁾. Soit 25 % de plus qu'un an auparavant. Des ventes en forte hausse, des bénéfices énormes. Les uns après les autres, les groupes du CAC 40 n'annoncent, depuis le début de l'été que de bons résultats. Globalement, les champions de l'économie française affichent de très solides profits. Au total, les 40 membres de l'indice vedette de la Bourse de Paris ont engrangé en six mois 51,6 milliards d'euros de bénéfices nets. Trente des quarante poids lourds de la cote ont vu leurs résultats s'améliorer. Le numéro un mondial de l'acier Arcelor-Mittal et le champion du béton Lafarge-Holcim, qui avaient beaucoup souffert auparavant, ont connu des retours à meilleure fortune spectaculaires. Total a, lui, été porté par la hausse du pétrole, tandis que les spécialistes du luxe LVMH et Kering bénéficiaient d'un marché toujours dynamique, de même que les industriels de l'automobile. Les banques ont elles aussi retrouvé la forme. Écart entre groupes américains et européens « *Les grandes entreprises ont beaucoup serré leurs coûts pendant la crise*, explique François Breton, cité par Le Monde et gérant chez Edmond de Rothschild. *En conséquence, la moindre augmentation de leurs ventes a un effet démultiplié sur les résultats.* » C'est ce qui s'est produit au premier semestre, où les champions du CAC ont profité d'une croissance mondiale assez vive : elle devrait atteindre 3,5 % en 2017, selon les dernières prévisions du Fonds monétaire international. Leur chiffre d'affaires global a ainsi progressé d'environ 6 %, mais leurs coûts sont restés sous contrôle, compte tenu de la faiblesse des taux d'intérêt, des cours modérés des matières premières et des bas salaires. Leurs profits se sont ainsi envolés quatre fois plus vite. Sur l'ensemble de l'année, le bénéfice global du CAC 40 pourrait s'établir entre 90 et 100 milliards d'euros, estiment les analystes. De quoi alimenter la polémique politique, au moment où Emmanuel Macron et son gouvernement demandent des efforts financiers aux Français. Tandis que les multinationales françaises et européennes n'ont pas encore renoué avec leurs niveaux de profits de 2007, leurs rivales américaines ont, elles, effacé la crise et gagnent plus d'argent que jamais. En moyenne, elles affichent un bénéfice par action supérieur de 40 % à ce qu'il était dix ans auparavant. Est-on déjà en haut de cycle ? Aux États-Unis, c'est la grande question. En

France et en Europe, on peut espérer que la reprise se prolonge encore un peu : nous sortons à peine d'une période difficile, et la croissance n'est pas encore très forte.

La part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans le PIB a bondi depuis 65 ans.

En France, elle passe de 2,2 % en 1950 à 8,9 % en 2015, a analysé la DREES dans son enquête annuelle sur les comptes de la santé. Selon elle, la part des dépenses de santé a été multipliée par 3,5 en 65 ans. Une croissance qui s'est accompagnée d'une amélioration régulière de l'état de santé de la population et d'un allongement de l'espérance de vie de 16 années.

Rôle clé de la Sécurité sociale

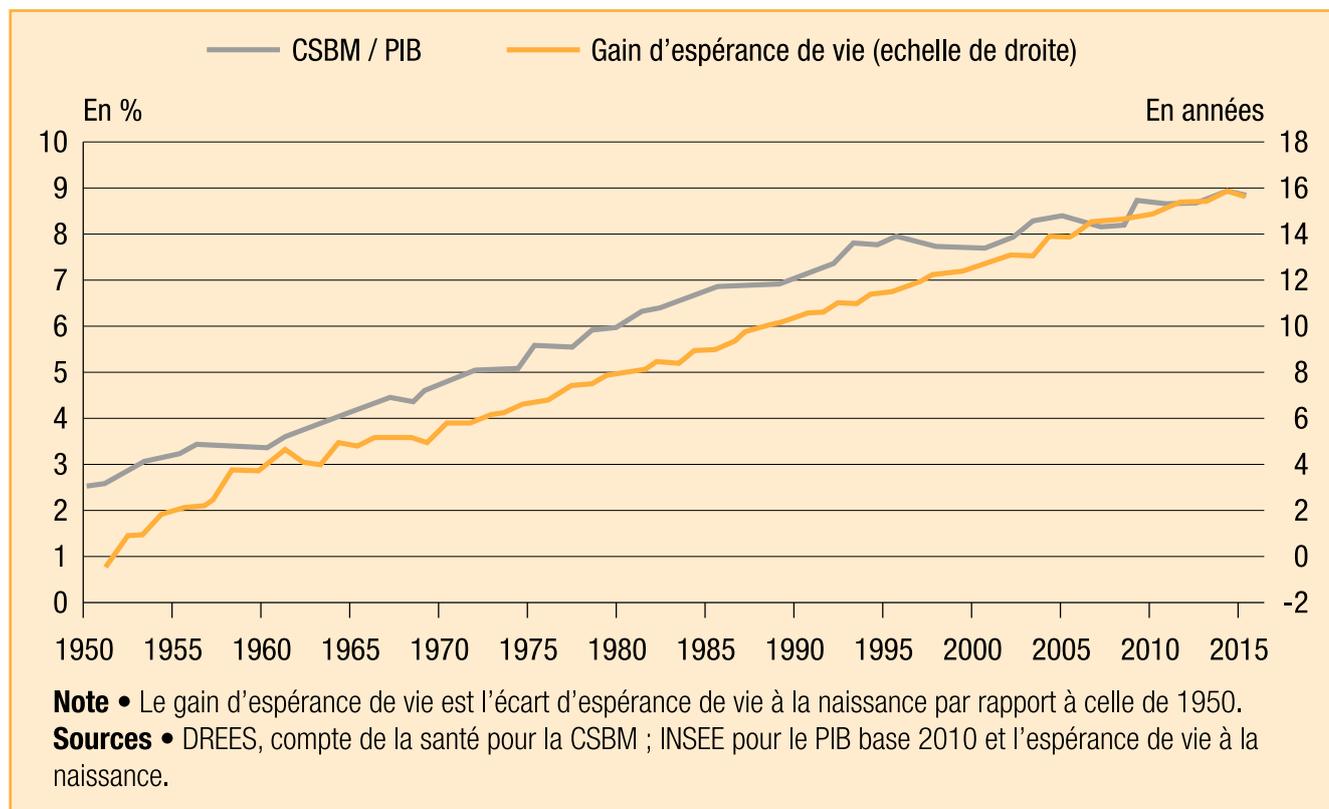
Dans le détail, l'étude distingue deux grandes phases dans l'évolution des dépenses de santé. (Voir graphique ci-contre)

De 1950 à 1985, la croissance des CSBM enregistre sa plus forte hausse dans le PIB (progression de 4,4 points). Ce développement rapide s'explique par la structuration du système de soins. La période est marquée par une phase de maturation de la Sécurité sociale. La part de la sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé a crû fortement jusqu'à atteindre un pic à 80 % en 1980. Le système de santé monte en puissance. Le développement exponentiel du système hospitalier a particulièrement compté : construction des hôpitaux, croissance de l'équipement hospitalier et densification des personnels médicaux. « *La dépense hospitalière augmente de 16 % par an et la part de la CSBM atteint un pic à 55 % en 1982* », note la DREES. Les soins de ville sont aussi très dynamiques pendant cette période. L'effectif de médecins est multiplié par trois entre 1950 et 1985 et la part de CSBM est de 25 %. Le point central de l'analyse est bien l'apport de la sécurité sociale au progrès général.

Encadrement des dépenses de santé dès 1986

Après 1985, les dépenses de santé progressent plus modérément. Un système de régulation est mis en place, d'abord en 1986 avec le plan Séguin qui a limité les exonérations de ticket modérateur aux seules affections de longue durée, puis dès 1997 via les lois de financement de la sécurité sociale successives et les objectifs nationaux de progression des dépenses d'assurance-maladie (ONDAM) afin de limiter la croissance des dépenses. Résultat, la part de l'assurance-maladie dans le CSBM se stabilise

19 http://www.lemonde.fr/economie/article/2017/09/01/cac-40-le-retour-des-superprofits_5179348_3234.html#TWmlHXlrG7yJOP9M.99

Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB et gain en espérance de vie

autour de 77 % jusqu'à 2015. Lorsque la Sécurité sociale « cale », c'est tout le pays qui en ressent les effets.

Baisse du reste à charge pour les ménages

La part de la population couverte par une complémentaire santé s'est intensifiée passant de 31 % en 1960 à 95 % en 2012 grâce à la création de la couverture santé complémentaire gratuite (CMU-C et ACS). Le déploiement des organismes de santé a permis une réduction de 2,1 points du reste à charge des ménages entre 1990 et 2010. Toutefois, le recul du reste à charge évalué entre 2011 et 2015 s'explique par l'amélioration de la prise en charge des soins par l'assurance-maladie, analyse la DREES. Le financement de la dépense de santé par les organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institution de prévoyance) se développe également passant de 10,4 % en 1990 à 13,4 % en 2010.

Un espoir de vaccin lors du congrès 2017 de la Société internationale sur le SIDA

À l'heure où en France certains font campagne contre les vaccins, l'espoir vient des résultats encourageants du programme de recherche clinique APPROACH, présentés à Paris par le Pr Hannenke Schuitemaker. Développée par la firme pharmaceutique Janssen, l'approche évaluée est une stratégie « prime boost » associant un adénovirus recombinant de sérotype 26 (Ad26) et un virus modifié de la vaccine (MVA) exprimant les protéines virales Gag-Pol et Env. Le schéma vaccinal consiste en deux co-injections « prime » de différentes versions de l'Ad26 exprimant les protéines virales Gag-Pol et Env, à 3 mois d'intervalle. Puis, à 6 et 12 mois, deux autres co-injections « double boost » ont lieu. Plusieurs modalités de « double boost » ont été expérimentées : combinaison de nouvelles injections d'Ad26 Gag-Pol et Env ou de MVA exprimant également Gag-Pol et Env, en association ou non avec la protéine de surface virale gp140 et de l'alun. Comparée au placebo, seule l'association de deux injections « prime » Ad26 Gag-Pol et Env avec deux « boost » Ad26 Gag-Pol et Env + gp140 et alum parvenait à la fois à procurer une protection de 94 %

contre une première tentative d'infection, mais aussi une protection de 66 % contre 6 tentatives répétées d'infection des animaux.

Le Pr Schuitemaker a, quant à lui, présenté les premiers résultats chez 400 volontaires humains recrutés aux États-Unis, au Rwanda, en Ouganda, en Afrique du Sud et en Thaïlande. Là encore, de nombreuses combinaisons ont été injectées aux participants, et toutes étaient associées à une forte production d'IgG ciblant les protéines virales gp140 et Env. Le groupe de volontaires dont l'immunogénicité est la plus forte s'avère, comme lors des essais chez le singe, ceux ayant reçu un prime Ad26 Gag-Pol et Env avec deux boost Ad26 Gag-Pol et Env plus une injection de protéines gp140 et d'alun.

« *Les résultats de toutes les combinaisons sont suffisamment bons pour que nous les conservions toutes pour les prochaines études randomisées contre placebo* », précise le Pr Schuitemaker. Cette dernière étape de développement doit commencer d'ici la fin de l'année 2017. L'observation s'étalera sur trois ans.

La Sécurité sociale étudiante pourrait bientôt disparaître

Macron a promis de rattacher les étudiants au régime général ou à celui de leurs parents. Les jours de la Sécurité sociale étudiante sont comptés. La ministre de la Santé Agnès Buzyn a indiqué dans sa feuille de route vouloir confier la gestion de la protection santé des étudiants « au régime général ou au régime dont l'affilié relevait avant de devenir étudiant » (MSA, si leurs parents sont agriculteurs, RSI s'ils sont indépendants mais qui est appelé à disparaître...). Le cadre de la réforme sera posé dès l'automne, dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018. Délégué à des mutuelles créées à cet effet depuis 1948, le régime d'assurance-maladie obligatoire des étudiants a été qualifié par Emmanuel Macron d'« exception française inefficace et dispendieuse ». Sa disparition devrait permettre de simplifier le quotidien des étudiants, tout en dégagant des économies. Pour Ahmed Hegazy, président d'Emevia, réseau qui réunit onze mutuelles régionales et emploie 650 salariés : « *Notre activité repose essentiellement sur la part obligatoire du régime étudiant. À la Smeno, 160 000 étudiants sont affiliés au régime de base, et seulement 20 000 à une de nos complémentaires. Nous risquons de disparaître* ». La Fage, syndicat étudiant de droite est le seul à soutenir la réforme. En 2012, l'organisation étudiante avait mené avec UFC-Que choisir une étude sur la qualité des mutuelles étudiantes. Avec un résultat sans appel : des clauses de contrat abusives, des délais

de remboursement et d'obtention de la carte Vitale qui s'étirent sur des mois... La Fage milite depuis pour le rattachement au régime général. « *La LMDE fonctionne mieux depuis sa reprise par l'Assurance-maladie*, concède Jimmy Losfeld, président de la Fage. *Mais du côté des mutuelles régionales, rien n'a changé. Il suffit de taper Smerep ou Vittavi sur Twitter, pour voir toutes les critiques que les étudiants continuent d'adresser à leurs mutuelles étudiantes* ». Une perspective loin de satisfaire l'Unef, l'autre principal syndicat étudiant : « *Il est important que les jeunes conservent leur autonomie, et cela passe par la gestion de leur propre santé*, martèle Lilâ Le Bas, présidente de l'Unef. *Le fait que les syndicats étudiants, comme l'Unef, soient présents à la direction de ces mutuelles, cela permet une gestion par les étudiants, pour les étudiants. Je vois mal les salariés de la Cnam faire de la prévention et comprendre nos préoccupations* ». Le débat a besoin d'être clarifié : la gestion de la Sécurité sociale par les mutuelles est une impasse. Le but de la réforme n'est pas de faire des économies sur le dos des étudiants mais bien de les prendre en charge à 100 %. Et une gestion démocratique doit être mise en place.

Rougeole : selon une étude américaine, 5 % de vaccinations en moins provoqueraient trois fois plus de cas !

Une étude parue dans *Pediatrics*, le *Journal of the American Medical Association* montre que même une faible réduction du taux de vaccination contre la rougeole aux États-Unis pourrait entraîner un triplement du nombre de cas. Une diminution de seulement 5 % du taux de vaccination d'enfants de deux à onze ans contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR), triplerait le nombre annuel de cas de rougeole dans cette tranche d'âge, qui compte pour 30 % des cas de rougeole constatés chaque année aux États-Unis, selon ces travaux. « *La rougeole serait probablement la première infection à provoquer une épidémie avec une diminution de la vaccination* » en raison de sa grande virulence, explique Nathan Lo, un chercheur de la faculté de médecine de Stanford en Californie, un des auteurs de l'étude. Les auteurs veulent décourager les États d'accorder des exemptions pour des convictions personnelles. « *Je pense que notre étude est une sonnette d'alarme sur ce que nous pourrions connaître... avec la diminution du taux de vaccination qui se poursuit dans des États où des exemptions non-médicales sont permises sur la base de convictions personnelles* », ajoute le Dr Peter Hotez, doyen de la faculté nationale de médecine

tropicale à Houston (Texas). La vaccination contre la rougeole, la rubéole et les oreillons est théoriquement obligatoire dans tous les États fédérés pour qu'un enfant puisse fréquenter une crèche ou la maternelle, mais elle est battue en brèche. Selon les auteurs, 47 des 50 États acceptent les exemptions pour des croyances religieuses et 18 pour également d'autres convictions personnelles.

En Europe la rougeole a fait 35 décès au cours de ces 12 derniers mois. C'est inacceptable. « *Nous sommes particulièrement préoccupés par le fait que, malgré l'existence d'un vaccin sûr et efficace à un prix abordable, la rougeole reste l'une des principales causes de mortalité chez les enfants du monde entier.* », alerte le Dr Zsuzsanna Jakab, directrice régionale de l'OMS pour l'Europe. « *La toute dernière victime est un garçon de 6 ans en Italie où plus de 3 300 cas de rougeole et 2 décès ont été notifiés depuis juin 2016* », souligne l'organisation mondiale. Les autres décès ont été recensés en Roumanie (31 décès), en Allemagne (1 décès) et au Portugal (1 décès). « *Chaque décès ou invalidité imputable à cette maladie à prévention vaccinale constitue une inadmissible tragédie* », explique le Dr Jakab. La directrice régionale a lancé un appel en faveur d'une intensification des efforts en faveur de la vaccination. En France, non vaccinée, une jeune fille est décédée de la rougeole en PACA. Une jeune fille de 16 ans est décédée le 27 juin des suites d'une rougeole aiguë à l'hôpital Nord de Marseille (AP-HM). Les campagnes obscurantistes contre la vaccination doivent cesser.

Quant à l'Italie, elle introduit l'obligation vaccinale pour 12 vaccins et veut sanctionner les parents réfractaires. Pour obliger les parents à tourner le dos aux croyances des mouvances anti-vaccins, la ministre de la Santé Béatrice Lorenzin, a fait adopter un décret-loi en conseil des ministres qui introduit 12 vaccins obligatoires. Le dispositif qui entrera en vigueur cette rentrée, comprend rougeole, rubéole, diphtérie, poliomyélite, tétanos, coqueluche, haemophilus B, méningocoques b et c, hépatite B, oreillons et la varicelle. Pour avoir accès aux crèches et à l'école maternelle, les parents devront donc faire obligatoirement vacciner leurs enfants. Faute de quoi, ils devront se replier sur les nounous. Cette partie du dispositif concerne les enfants de moins de six ans. En revanche, ils pourront inscrire leurs enfants dans le primaire mais devront payer une amende conséquente (entre 500 et 7 500 euros) s'ils ont oublié de faire vacciner leurs enfants. Par ailleurs, les parents réfractaires seront également signalés au tribunal des mineurs et pourront être temporairement déchu de leur autorité parentale. « *L'objectif de ce décret est d'éviter que les difficultés se transforment en urgences* », estime la ministre de la Santé.

Urgences, cela veut dire épidémies et augmentation du taux de mortalité infantile ce qui est le cas dans les régions notamment du nord où les mouvements anti-vaccins ont le vent en poupe. Le combat entrepris par le gouvernement et le ministère de la Santé contre les opposants à la vaccination touchera bientôt la communauté médicale. Dans un deuxième temps, en effet, le ministère de la Santé veut introduire la vaccination obligatoire pour les opérateurs de santé ce qui n'est pas le cas en l'état actuel. En fait, l'idée de Béatrice Lorenzin est d'augmenter le seuil de la couverture vaccinale qui a chuté en dessous des 85 %, un taux inadmissible qui favorise les épidémies.

L'agence Européenne du médicament va déménager suite au Brexit

23 villes se sont portées candidates pour accueillir l'agence européenne qui va quitter Londres. Et la première suscite davantage de convoitises, puisqu'elle intéresse une petite vingtaine de métropoles.

La concurrence sera donc rude pour l'AEM, qui compte près de 900 employés, en charge l'évaluation scientifique, la supervision et les contrôles de sécurité pour les médicaments à usages humains et vétérinaires commercialisés dans l'UE. La France a proposé Lille.

Le futur siège de l'agence sera décidé par un vote des 27 États membres le 20 novembre, selon une procédure compliquée. Chaque État membre disposera de six points à répartir lors d'un premier tour de vote : trois pour son premier choix, deux pour son deuxième, un pour le troisième. Si un site récolte trois points de la part d'au moins 14 États membres, il remporte la mise. Sinon, deux tours de vote supplémentaires peuvent encore être organisés, en gardant les candidatures les plus sollicitées à chaque fois. Le vote aura lieu à bulletin secret. Les enjeux sont importants, avec pour le vainqueur l'arrivée de centaines d'employés, leurs familles, et les retombées économiques qui en découlent.

Les psychiatres hospitaliers contre l'amalgame entre maladie mentale et dangerosité

Atterrés par les propos du ministre de l'Intérieur, qui souhaite enrôler les psychiatres dans le repérage d'individus radicalisés potentiellement terroristes, plusieurs représentants de la psychiatrie hospitalière mettent en

garde contre le retour d'amalgames entre pathologie mentale et dangerosité criminologique. Le journal Hospimédia a mené l'enquête. Le ministre Collomb a en effet annoncé étudier en lien avec le ministère de la Santé la piste d'une collaboration entre les psychiatres libéraux et hospitaliers et ses services, afin de contribuer au repérage des potentiels auteurs d'actes terroristes. Quel rôle le Gouvernement voudrait-il exactement allouer aux psychiatres dans cette perspective? Il veut mettre en place « *des protocoles, quand un certain nombre de gens ont des délires autour de la radicalisation islamique* ». Il a également évoqué la nécessité de se prémunir contre le passage à l'acte d'un « *certain nombre d'esprits faibles* » qui voudraient imiter les terroristes. Les propos du ministre entretiennent « *la confusion entre terrorisme et maladie mentale* », dénonce Rachel Bocher, présidente de l'Intersyndicat national des praticiens hospitaliers (INPH). De plus, assimiler les personnes souffrant de maladies mentales à des esprits faibles, « *c'est faire preuve d'une méconnaissance totale de la souffrance psychique, [...] c'est affligeant de la part d'un ministre de la République* », confie-t-elle. Le président du Syndicat des psychiatres d'exercice public (Spep), Michel Triantafyllou, se déclare également atterré: « *C'est quand même ahurissant qu'encore une fois on mélange les troubles psychiques, les malades mentaux avec les problématiques liées au terrorisme* ». Le Syndicat des psychiatres des hôpitaux (SPH) appelle à son tour dans un communiqué le 23 août « *les ministres à la prudence dans leurs annonces porteuses de risque d'amalgames* ». Outre les « *effets de stigmatisation des malades mentaux, elles ne doivent pas entraîner des décisions inefficaces en matière de sécurité et préjudiciables aux conditions de confiance nécessaires aux soins de psychiatrie générale* », souligne le syndicat. Le SPH rappelle par ailleurs que des procédures légales encadrent la levée du secret médical, lorsque le signalement d'un risque s'avère nécessaire, ainsi que l'expose le Conseil national de l'ordre des médecins dans un récent rapport. Il souligne d'autre part que « *le monde de la psychiatrie a déjà eu à pâtir des amalgames entre dangerosité et psychiatrie, maniés par un ministre de l'Intérieur et un gouvernement précédents* ». « *Personne n'aurait à gagner au retour de cette période, où l'annonce médiatisée de mesures autoritaires à chaque événement frappant faisait office d'administration des problèmes* », poursuit le syndicat. Quant à l'Ordre s'oppose à toute nouvelle dérogation au secret médical. Pour le président de la section éthique et déontologie du Conseil national de l'ordre des médecins, Jean-Marie Faroudja, « *il n'est pas question d'instaurer de nouvelles dérogations au secret médical* ». Et l'ordre « *ne cédera pas sur cette question* ». Dans le cas cependant où un patient présenterait « *un danger immédiat et imminent*

pour sa vie ou celle d'autrui », des dispositions légales existent déjà, rappelle-t-il, au travers de l'article 223-6 du Code pénal. Dans ces circonstances très particulières, le médecin, comme tout citoyen, peut en effet faire un signalement pour empêcher un crime ou un délit avec atteinte à l'intégrité corporelle.

La médecine scolaire à l'abandon

Les praticiens de l'Éducation nationale voient que les effectifs ne cessent de baisser. La profession n'attire pas assez de candidats. Le ministre de l'Éducation nationale, Jean-Michel Blanquer veut « *Renforcer le parcours éducatif de santé* » et « *prendre en charge la souffrance psychique des élèves* ». Mais sur les médecins et infirmiers scolaires, pas un mot... « *Un silence assourdissant* » que regrette le Dr Patricia Colson, secrétaire générale du Syndicat national des médecins de santé publique de l'Éducation nationale (SNAMSPEN/Sgen-CFDT). « *Rien n'a été dit sur nos missions et sur la place des médecins et infirmiers de santé scolaire, déplore le Dr Colson. En comme nous sommes de moins en moins nombreux...* ». Le nombre de médecins scolaires titulaires est en chute libre, depuis plusieurs années. Dans son rapport 2016 publié en juin 2017, le médiateur de l'Éducation nationale constate « *un effondrement des effectifs de l'ordre de 20 % depuis 2008* » qui aboutit à « *un manque récurrent* » de médecins scolaires. Il y a maintenant moins de 1 000 médecins scolaires pour toute la France. Le Syndicat national des médecins scolaires et universitaires (SNMSU-UNSA, majoritaire), autre organisation représentative, recense même 896 médecins scolaires en équivalent temps plein en mai 2017 pour 12,4 millions d'élèves, soit une moyenne d'**un médecin pour plus de 12 000 élèves**. Le médiateur de l'Éducation nationale préconise à cet égard de « *renforcer l'attractivité des fonctions de médecins notamment en intervenant auprès des étudiants* » mais aussi de « *poursuivre la réflexion sur le niveau de leur rémunération* ». Actuellement, un médecin de l'Éducation nationale en début de carrière émarge à 1 700 euros net par mois en seconde classe et finit à 2 900 euros net mensuels. Seuls ceux qui terminent en première classe peuvent franchir la barre des 3 500 euros net. Résultat: « *Pour le cru 2017, alors que 80 places étaient proposées au concours, seuls 22 candidats ont été reçus, se désole le Dr Barré. En espérant que certains n'aient pas renoncé durant l'été* ». « *Il est clair que dans ces conditions, on ne peut plus assurer toutes les visites médicales, notamment celles à l'âge de six ans, indispensables pour détecter les troubles de l'apprentissage* », explique le Dr Patricia Colson. Selon le SNAMSPEN, seulement 15 % de ces visites médicales

sont effectuées dans certains départements car il est impossible d'être sur tous les fronts.

Le groupe de cliniques Ramsay Générale de Santé, affiche des bons résultats malgré les baisses tarifaires... Tout va bien ?

Le directeur général du groupe Ramsay Générale de santé, le leader des cliniques en France, s'estime satisfait de ses résultats annuels : « *Dans un contexte réitéré de forte baisse tarifaire, nous avons réussi à maintenir notre taux de marge, réduire notre endettement et investir pour le futur* ». Le chiffre d'affaires annuel est en hausse de 0,3 % à 2 234,4 millions d'euros. Les profits nets s'élèvent à 57 millions d'euros versus 36,9 millions fin juin 2016. L'excédent brut d'exploitation ne baisse que de 1,4 % à 265,9 millions d'euros, avec un taux de marge quasi stable. L'endettement financier du groupe recule sensiblement pour atteindre 964 millions d'euros (versus 1 047 millions fin juin 2016). Enfin, le niveau d'investissement reste élevé avec le rachat du groupe Pôle Lille Métropole. Concernant l'activité totale hors urgences, la MCO a augmenté de 0,3 %, les SSR de 1,8 % et la santé mentale de 5 %. Quant au nombre des urgences, il est en nette progression de 7,1 % avec 551 000 passages dans les services d'urgences. Est-ce normal ?

Maternité de Decazeville, les habitants vent debout contre la fermeture

Le samedi 2 septembre, à Decazeville (Aveyron), une grande manifestation a mobilisé l'ensemble de ses habitants (4 000 à 5 000 habitants pour une commune de 6 000 habitants) contre le maintien de la fermeture de la maternité qui sera transformée en centre périnatal. Les accouchements avaient été suspendus depuis le 6 octobre 2016, date des décès d'une maman et de son bébé lors de l'accouchement. La suspension à titre conservatoire avait été reconduite début janvier et jusqu'au 30 juin. Une autre grande manif avait eu lieu le 30 juin pour réclamer la réouverture de l'établissement. Mais finalement début juillet l'agence régionale de santé avait été « conduite à retirer l'autorisation d'obstétrique » à cette maternité qui fait partie du centre hospitalier du Nord Aveyron. En effet, « *les conditions de sécurité requises n'étaient pas remplies notamment concernant la présence des spécialistes médicaux* ». Sans médecins, on ne peut maintenir la qualité des soins. Qui est responsable ?

La santé des exilés en danger

Pathologies infectieuses, épidémies, violences et traumatismes, troubles psychiques, risque accru de décès maternels, insécurité alimentaire... Le Bulletin épidémiologique hebdomadaire révèle sur la santé des migrants une situation « *préoccupante* » ; « *un enjeu de société* », écrit le Pr François Bourdillon dans son éditorial du 5 septembre. Les associations humanitaires dénoncent aussi la dégradation des conditions d'accueil des exilés, avec des répercussions directes sur leur santé. Depuis le démantèlement des camps, « *les gens se terrent dans les bois comme des bêtes. C'est indigne* », déplore le Dr Richard Matis, vice-président de Gynécologie sans frontières. Loin d'avoir réduit leurs interventions, la disparition des campements les a compliquées. Le manque des moyens rend difficile l'hospitalité de l'accueil. « *Je me souviens d'un migrant qui a souffert d'une fracture à la rotule pendant 3 semaines, car personne n'a pu l'emmener à l'hôpital. Les bénévoles sont démunis, les PASS sont surchargées* », rapporte Corinne Torre, chef de mission France de Médecins sans frontières (MSF). Ces dernières semaines, les associations ont multiplié les alertes concernant la hausse de la pression sécuritaire, qui entrave leur action. Selon MDM, fin août, peu après la 35^e opération de « mise à l'abri » les forces de l'ordre ont demandé aux équipes soignantes du camion médicalisé de se déplacer, « *pour éviter les points de fixation* ».

« *Les migrants ont des blessures liées à leurs conditions de vie et d'hygiène. Ils dorment habillés, leurs pieds sont couverts de plaies; en outre, ils se blessent lorsqu'ils fuient en courant les forces de sécurité* » à Calais, et dans tout l'hexagone déclare Corinne Torre. Les associations s'alarment aussi du sort réservé aux mineurs isolés, qui continuent à subir des tests osseux lorsqu'ils font appel d'une non-reconnaissance de leur minorité, un recours qui prend d'un à plusieurs mois, délai au court duquel ils ne sont pas protégés. En attendant, malgré les contraintes, malgré l'insuffisance des moyens, des soignants de tous bords (associations, service public, etc.) bataillent pour prodiguer du soin de qualité. Comme dans le centre humanitaire qui a ouvert en janvier dernier à Ivry-sur-Seine, pour les femmes et familles, où travaillent des associations (notamment GSF), mais aussi les psychiatres et pédopsys du pôle précarité du GHT Paris-Psychiatrie, ou encore le Samu social de Paris. La question de l'aval reste la préoccupation principale des acteurs de terrain. Le manque de moyens humains et financiers reste lancinant. « *Le plan du gouvernement pour les migrants ne résout rien. Il aurait fallu proposer la*

mise en place de cinq à dix centres de premier accueil un peu partout en France pour éviter aux migrants de dormir dehors, les nourrir et apporter une réponse à leurs problèmes de santé », a réagi le Défenseur des droits Jacques Toubon à l'annonce, fin juillet, du plan d'Emmanuel Macron sur les migrants.

Un tiers des Ehpad sans médecin coordonnateur

Les Ehpad souffrent de sous-effectifs patents. « *Malgré l'engagement des personnels, la situation est parfois indigne* » a déclaré Brigitte Bourguignon, la présidente de la Commission des Affaires sociales qui a diligencé une « mission flash », nouveau type de commission d'enquête express d'une quinzaine de jours. Une récente étude de la DREES révèle que 50 % des Ehpad connaissent des difficultés de recrutement. Les personnels sont en sous-effectifs et leurs conditions de travail sont « *particulièrement difficiles* », notamment pour les aides-soignantes, rapporte la mission. Selon elle, « *le taux d'absentéisme est en moyenne de 10 %. Les accidents du travail en Ehpad seraient aujourd'hui deux fois supérieurs à la moyenne nationale, et supérieurs à ceux du secteur du BTP* ». La majorité des établissements n'ont pas d'infirmiers de nuit et « un tiers » des établissements sont dépourvus d'un médecin coordonnateur, dont la présence est pourtant obligatoire dans les textes. « *Le médecin coordonnateur est de plus en plus difficile à recruter et à fidéliser*, ».

Saône-et-Loire: le Centre départemental de santé recrute 30 généralistes salariés

C'est une première en France. La Saône-et-Loire crée son Centre départemental de santé. Un projet porté par le président LR du conseil départemental André Accary depuis plus d'un an et présenté au Congrès des Centres de santé en octobre. « *Nous avons lancé un appel à projet auprès des communes puis reçu leurs candidatures. Nous avons ensuite travaillé sur une carte pour répartir les différents pôles et antennes avec la Fédération nationale des centres de santé* », a expliqué le président André Accary. Suite à l'appel à manifestation d'intérêt, quatre communes en plus du siège du centre départemental à Mâcon ont été retenues avec un déploiement de quatre pôles: la Communauté de communes du Grand Autunois Morvan, Chalon-sur-Saône, Digoin et Montceau-les-Mines. Dans

d'autres communes du département, 17 antennes, des cabinets de 2 ou 3 généralistes, dépendront de ces quatre pôles. Les locaux devraient être mis à disposition par les municipalités ou les MSP déjà sur le territoire qui ont répondu favorablement. Le département est entré dans la phase de recrutement d'une trentaine de médecins généralistes salariés pour faire fonctionner ce centre multisite dès son ouverture, prévue en janvier 2018. Le président du conseil départemental voit donc ce dispositif comme « une solution intermédiaire » mais son idée semble intéresser hors des frontières de la Saône-et-Loire. « *On est observé de très près par les autres présidents de conseils, qui m'ont beaucoup interpellé lors de nos réunions à Paris* », confirme-t-il. André Accary planche sur un investissement de 2 millions d'euros par an, financés par le conseil mais aussi grâce aux **subventions** de l'ARS.

À Bichat, les personnels hospitaliers protestent contre le futur Hôpital Nord

Les personnels hospitaliers et leurs représentants syndicaux de la CGT se sont rassemblés devant le hall d'entrée de l'hôpital Bichat Claude-Bernard de l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP) pour protester contre la fusion des activités médicales de Bichat, situé dans le 18^e arrondissement de Paris, et de l'hôpital Beaujon (Clichy, AP-HP) dans le cadre de l'hôpital nord qui sera implanté à Saint-Ouen d'ici à 2025. « *Regrouper ces deux hôpitaux, qui représentent plus de 120 000 passages aux urgences par an et couvrent un bassin de vie de plus d'un million d'habitants est une ineptie* », s'est insurgé Simon Chiaroni, secrétaire général de la CGT Bichat. La fusion des deux établissements entraînera la suppression de 600 lits. Le Dr Christophe Prudhomme, porte-parole de l'Association des médecins urgentistes de France (AMUF) et médecin au SAMU 93, a également mis en garde contre ce futur « *méga hôpital* ». « *Plus l'hôpital est gros et plus il dysfonctionne; or là, on va créer un monstre de plus de 800 lits. Tous les moyens sont concentrés hors du périphérique, et les structures de proximité sont supprimées dans les zones où on en a le plus besoin*. » Le médecin a par ailleurs fustigé l'attitude de la direction de l'AP-HP sur ce dossier – « *ils ne cherchent qu'à vendre des terrains* ».

Portugal: un redressement économique et social qui prend Bruxelles à contre-pied

Le Portugal n'a presque plus de déficit budgétaire; il bénéficie d'une des meilleures croissances de la zone euro, a fait baisser son chômage et attire les investisseurs.

Le petit miracle économique et social portugais s'est réalisé en moins de 2 ans avec une politique pourtant opposée aux demandes de la Commission européenne. En juillet 2016, la Commission européenne entamait une procédure pour « déficit excessif » contre Lisbonne. Le Portugal risquait une amende, selon Bruxelles, puisqu'il était censé ramener son déficit à 2,5 % de son PIB en 2015 au lieu des 4,4 % annoncés. La procédure a été abandonnée. Depuis, le phénomène s'est radicalement inversé : le Portugal a réduit son déficit à 2,1 % en 2016 et devrait le ramener à 1,5 % cette année.

Mais l'économie portugaise n'a pas réussi à réduire ses déficits par la baisse des dépenses publiques, des réformes structurelles du travail visant à « assouplir » les droits des salariés, ou en abaissant les protections sociales, comme le préconise la Commission européenne. C'est même l'inverse qui a été pratiqué au Portugal depuis un an et demi.

Depuis novembre 2015, c'est un gouvernement socialiste qui est au pouvoir au Portugal, soutenu et poussé par une union des gauches, composée du Parti communiste portugais, des écologistes, et du « Bloco de esquerda », le bloc de gauche (gauche radicale). Ni austérité, ni populisme : le Portugal suit sa voie de gauche. Le nouveau premier ministre, António Costa, depuis 2 ans, a donc appliqué des réformes qui avaient été déclarées dans son programme de coalition, en parfaite opposition avec la politique précédemment menée, comme le souligne cet extrait : « *La politique d'austérité suivie ces dernières années a eu pour conséquence une augmentation sans précédent du chômage avec des effets sociaux dévastateurs sur les jeunes et les citoyens les moins qualifiés, ainsi que les familles et les milliers de Portugais au chômage. Elle a été aussi associée à une dévalorisation de la dignité du travail et des droits des travailleurs* ». Le salaire minimum a été augmenté en 2016 puis de nouveau en 2017, en échange de baisses de cotisations pour les employeurs, de 23 % à 22 %. Puis des mesures économiques à vocation sociale ont été prises : augmentation des retraites et des allocations familiales, renforcements du droit du travail, baisses des impôts pour les salariés les plus modestes, arrêt des privatisations de services et d'infrastructures publics, programme de lutte contre la précarité. Il est aussi prévu de supprimer les coupes dans les revenus des fonctionnaires et de ramener leur temps de travail à 35 heures par semaine.

Le chômage se situait à 14,4 % en 2014, après une année noire à plus de 16 % en 2013, puis s'était stabilisé en 2015 à 12,2 %. En 2016, une nouvelle décade l'a fait parvenir à 11,1 %, et en 2017, le chômage est à 8,8 %

au deuxième trimestre. Un chômage potentiellement inférieur à celui de la France. Le virage actuel des politiques économiques du pays n'est pas étranger à cette nette amélioration des créations d'emplois sur deux années consécutives avec pour conséquence la progression de la croissance du PIB, évaluée pour 2017 à 2,5 %, contre 1,9 % pour la zone euro et seulement 1,5 % pour la France.

Le Portugal a démontré depuis 2 ans, qu'une politique — inverse aux politiques austéritaires, et donc basée sur une relance par la demande et l'amélioration des protections sociales — pouvait fonctionner. Ce que le FMI avait déjà confirmé en 2016 en annonçant à propos de la Grèce que « *l'austérité ne fonctionnait pas* ». De là à préconiser une politique sociale de relance en Europe, le pas est un peu grand pour l'institution internationale qui a toujours été favorable au désengagement financier social des États et à la privatisation de leurs infrastructures et services. Malgré tout, si l'exemple portugais était mis en avant, il pourrait être une piste intéressante de redressement « par le haut » des États de la zone euro encore affectés par la crise. Une sorte d'espoir de changement économique et social permettant une sortie de crise.

Les représentants des centres de santé font front commun contre l'ouverture au privé lucratif

Donner la possibilité à des établissements privés **lucratifs** d'ouvrir et de gérer des centres de santé tel que le prévoit le projet d'ordonnance santé, va à l'encontre des valeurs mêmes de ces centres de santé. Les représentants des centres de santé **dénoncent** un projet d'ordonnance qui va vers l'ouverture au privé.

Le 57^e **congrès** national, qui s'est tenu à Paris ces 5 et 6 octobre, a alerté sur la rédaction en cours d'une ordonnance, qui vise à « *actualiser les conditions de création des centres de santé* ». Ce projet prévoirait notamment de « *valider le droit des cliniques commerciales à gérer des centres de santé* ». Les représentants de l'Union syndicale des médecins de centres de santé (USMCS), du Syndicat national des chirurgiens dentaires de centres de santé (SNCDSC) et de la Fédération nationale des centres de santé (FNCS) ont pris position contre. Cette ordonnance est prévue par la loi Santé promulguée le 26 janvier 2016. « *Le fait de permettre à des établissements à but lucratif d'ouvrir puis de gérer des centres de santé va à l'encontre des*

valeurs de ces structures et de leur vocation première. C'est une atteinte profonde, sérieuse et grave aux valeurs des CdS », a expliqué le Dr Éric May, président de l'USMCS. C'est ce que l'union détaille dans un communiqué commun publié avec le SNCDCS : « Ainsi, des groupes financiers et leurs actionnaires pourraient peser de tout leur poids pour orienter la médecine de ville dans le sens de leurs intérêts ». « Pour l'instant, ce projet d'ordonnance se rédige en catimini, dans le cadre plus large d'un groupe de travail », regrette Frédéric Villebrun. « Il faut que le terrain puisse être force de proposition, mais pour l'instant, on n'en voit pas le chemin », complète le Dr Alain Beaupin, membre du bureau de l'USMCS. Les intervenants se positionnent en faveur des innovations organisationnelles, dès lors qu'elles associent professionnels, usagers, hôpitaux et collectivités créant des centres de santé. « Préserver l'accès financier aux soins, impulser la prévention ou encore soutenir la santé publique » font partie de leurs prérogatives, énumèrent-ils.

Ce 3 octobre, les représentants des centres de santé ont aussi exprimé leur colère face au zonage national, établi pour identifier les territoires fragiles pour l'accès aux médecins généralistes. Ils dénoncent le nouvel indicateur, l'accessibilité potentielle localisée (APL) qui, selon eux, ne prend pas en compte les inégalités sociales de santé. Ils demandent une révision des modalités d'accès aux aides conventionnelles en pondérant l'APL par la prise en compte d'un autre indicateur, socio-économique celui-ci, et des quartiers dits « politiques de la ville ». Ils demandent en outre de « laisser à la concertation des partenaires locaux la détermination totale du zonage prioritaire ».

Rapport du Haut conseil à l'égalité entre les hommes et les femmes

Les rapporteurs⁽²⁰⁾ Geneviève COURAUD et Gilles LAZIMI, et co-rapporteuse Margaux COLLET, décrivent une situation alarmante pour une majorité des femmes dont l'accès à la santé se dégrade.

Ils précisent :

« Contrairement aux idées reçues, les femmes constituent aujourd'hui la majorité des personnes en situation de précarité, que l'on retienne le critère :

- des revenus : elles représentent 53 % des personnes pauvres, 57 % des bénéficiaires du revenu social d'activité ;

- des conditions de travail et du type d'emploi : elles constituent 70 % des travailleurs pauvres, occupent 82 % des emplois à temps partiel et 62 % des emplois non qualifiés ;
- de la situation familiale : les femmes représentent 85 % des chefs de familles monoparentales et une famille monoparentale sur trois vit sous le seuil de pauvreté. »

En 1987 le CESE définit la précarité ainsi : « La précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir des droits par soi-même dans un avenir prévisible ».

Les centres de santé pour réduire les inégalités d'accès aux soins

Parmi les recommandations, la n° 13 vise à : Garantir l'accès aux structures de soins, notamment en :

- encourageant et finançant la création de centres municipaux ou intercommunaux de santé dans les déserts médicaux ;
- créant des unités de soin mobiles dans les déserts médicaux, axées prioritairement sur la prévention en gynécologie, dentaire et ophtalmologie ;
- rappelant les obligations de mise en accessibilité pour les personnes handicapées des centres de soins et cabinets médicaux et paramédicaux ;
- développant la prise en charge des déplacements en transports

Les rapporteurs, pour illustrer leur recommandation, s'appuient sur 3 exemples de centres médicaux et polyvalents en activité : le centre municipal de santé de Romainville, les centres de santé communautaires La case santé à Toulouse et La place santé à Saint Denis des modèles pour favoriser une approche globale de la santé et accueillir tous les publics.

Remboursement des frais de santé en 2015 : les mutuelles étaient leaders

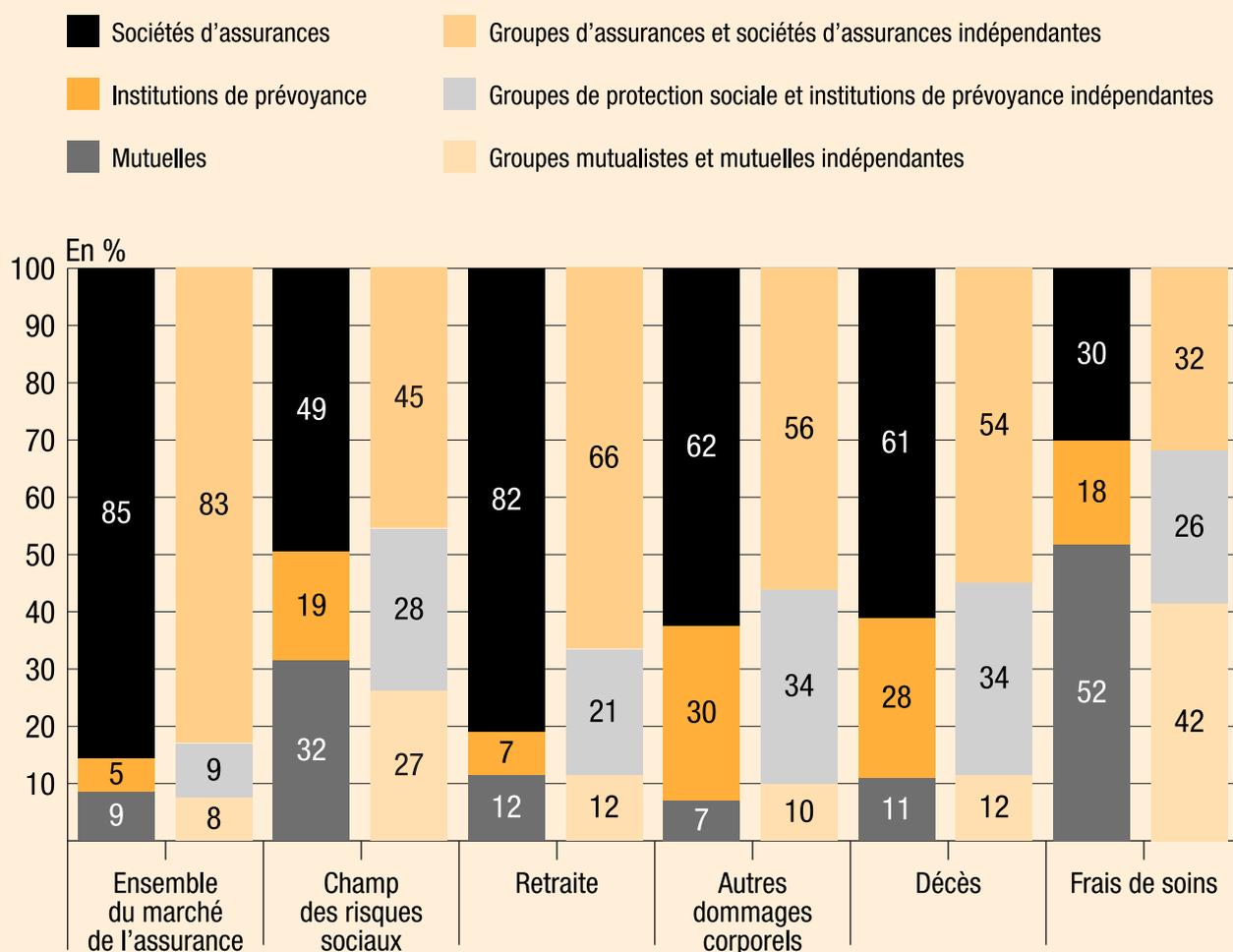
Les mutuelles constituent le premier acteur privé pour le remboursement des frais de santé, devant les assureurs et les institutions de prévoyance, indique une étude de la Drees sur la couverture des risques

20 http://www.haut-conseil-egalite.gouv.fr/IMG/pdf/hce_la_sante_et_l_acces_aux_soins_une_urgence_pour_les_femmes_en_situation_de_prekarite_2017_

sociaux par les organismes complémentaires. Cette analyse place aussi les groupes mutualistes en tête. Les contrats individuels sont majoritaires en 2015, avec 56 % des cotisations collectées, contre 44 % pour les contrats collectifs. Mais cette répartition n'inclut pas la

généralisation de la complémentaire santé en entreprise, qui est intervenue au 1^{er} janvier 2016. Cette réforme pourrait avoir un impact sur la répartition entre contrats individuels et collectifs.

Parts de marché des organismes en 2015, selon leur nature juridique



Lecture • En assurance « frais de soins », les mutuelles ont collecté 52 % des cotisations en 2015. Après prise en compte des groupements, les organismes du groupement mutualiste (mutuelles indépendantes et organismes appartenant à un groupe dont la tête est une mutuelle) ont collecté 42 % des cotisations en frais de soins en 2015.

Champ • Affaires directes réalisées par les organismes d'assurances contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), ayant fourni leurs comptes et hors mutuelles substituées.

Sources • ACPR — états C1 et C4, DREES — états statistiques et enquête retraite supplémentaire, calculs DREES.

Les notes de lecture

Note de lecture du Monde diplomatique « L'enfer du miracle allemand »

par Daniel Junker

« Le démantèlement de la protection sociale au milieu des années 2000 a converti les chômeurs en travailleurs pauvres. Ces réformes inspirent la refonte du Code du travail que le gouvernement français cherche à imposer par ordonnances. »

Dans le Monde diplomatique de septembre 2017, un article du journaliste Olivier Cyran livre nombre d'éclairages sur « *L'ENFER DU MIRACLE ALLEMAND* ».

Par exemple, une femme de 36 ans est « invitée », sous peine de sanction, par son jobcenter d'un quartier berlinois à postuler pour un emploi d'agent commercial dans un sex-shop. Une dame autour de 60 ans, exerce un emploi précaire pour 340 € /mois, est affolée, le jobcenter lui réclame 250 € car elle n'aurait pas déclaré ses revenus.

Ces situations et cette stigmatisation des chômeurs résultent de la dérégulation du marché du travail, mise en place entre 2003 et 2005 par la coalition SPD-Verts du chancelier G Schröder, sous le nom de lois Hartz (ancien DRH de Volkswagen). Les aides sociales et les indemnités de chômage sont fusionnées en une allocation forfaitaire unique de 409 €/mois. L'allocataire rebaptisé « client » est sommé de retrouver au plus vite un emploi aussi mal rémunéré en peu conforme à ses attentes soit-il.

Un pauvre qui sue, plutôt qu'un pauvre qui chôme : cette vérité de café du commerce a servi de matrice idéologique à « la césure sans doute la plus importante dans l'histoire de l'État social allemand depuis Bismarck » selon C Butterwegge, chercheur en sciences sociales.

En France, les lois Hartz constituent depuis 12 ans, une source inépuisable de ravissement dans les cercles patronaux, politiques et médiatiques. L'ode rituelle « au modèle allemand » a encore gagné en puissance depuis l'arrivée à l'Élysée d'E. Macron pour qui « l'Allemagne a formidablement réformé ». M. Hartz, laudateur d'E Macron, est toujours invité par le MEDEF, mais en Allemagne, on n'a pas oublié sa condamnation à 2 ans de prison avec sursis et 500 000 € d'amende pour avoir acheté la paix sociale chez Volkswagen en arrosant des

membres du comité d'entreprise de pots-de-vin, de voyages et de prestations de prostituées.

Enfourner les chômeurs dans l'entonnoir salarial imposait de forger un large attirail d'outils à destination des employeurs : défiscalisation des bas salaires, lancement des minijobs à 400, puis 450 €/mois, déplafonnement du recours au travail temporaire, subventions aux agences d'intérim faisant appel aux chômeurs de longue durée...

En novembre 2003, une manifestation spontanée rassemble 100 000 personnes à Berlin, 5 mois plus tard, avec l'appui des directions syndicales de nouvelles manifestations à Berlin, Stuttgart et Cologne rassemblent un demi-million d'opposants. Mais, le DGB n'a pas appelé à d'autres mobilisations et le mouvement s'est éteint.

Les luttes contre les lois Hartz ont cependant laissé une trace profonde dans le pays. Elles ont remodelé le paysage politique en poussant une partie des dissidents du SPD à fusionner en 2005 avec les néo communistes du PDS pour créer Die Linke aujourd'hui seule formation au Bundestag pour plaider pour l'abrogation des lois Hartz.

À l'heure où, en France, on s'interroge sur la possibilité de faire obstacle aux réformes Macron, nombre de syndicalistes allemands s'inquiètent des possibilités de tache d'huile et espèrent que les syndicats français seront offensifs.

Note de lecture : Penser l'après... Essai sur la guerre, la sécurité internationale, la puissance et la paix dans le nouvel état du monde

de Jacques Fath

Les enjeux de la sécurité internationale et la guerre elle-même n'ont plus grand-chose à voir avec ce qui caractérisa le XX^e siècle et ses deux grands conflits mondiaux. La violence et la conflictualité sont maintenant d'abord le fruit des crises issues d'un type de développement et des dominations dont on mesure quotidiennement la brutalité pour les êtres humains et pour les sociétés. Les réponses sécuritaires et militaires, les logiques de force et les stratégies de puissance conduisent à des impasses politiques majeures, à des situations de chaos. Ce livre est une

invitation à réfléchir sur le monde, sur la guerre, les conflits, les résistances sociales et politiques, sur les stratégies à l'œuvre et leurs impasses. Un autre ordre international est à construire dans l'exigence de la responsabilité collective, du multilatéralisme, du désarmement et de la sécurité humaine. Pour penser l'après...

236 pages - 20,00 €; disponible sur le site : www.editions-arcane17.net

Note de lecture Stratégie de Santé 2017-2022

par Mme Evelyne Vander Heym

Un dossier de presse du 18 septembre 2017 lance les travaux de la « nouvelle » stratégie nationale de santé du gouvernement MACRON/BUZYN pour la mandature 2017-2022. Sans surprise le gouvernement met ses pas dans ceux du gouvernement précédent, reprenant à son compte tous les travaux de stratégie nationale de santé, depuis le rapport Cordier jusqu'à la loi de « modernisation du système de santé » en janvier 2016 et ses décrets d'application en juillet 2017. Sans surprise la communication gouvernementale a portée, dès le Conseil des Ministres du 30 août, sur la priorité accordée à la prévention, comme l'illustrent les mesures déjà annoncées relatives à l'augmentation du prix du tabac, à l'extension des obligations vaccinales pour les jeunes enfants... Et le service sanitaire de trois mois pour tous les étudiants en santé dans des milieux comme l'école ou les entreprises. Nous connaissons déjà les réactions très contrastées qui ont suivi ces annonces...

Mais il semble que ces premières annonces n'étaient que les prémisses d'un objectif plus global de ce que nous pouvons appeler la SNS2 :

La SNS2 fixe les priorités du gouvernement et garantit la cohérence des décisions de la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), en passant par l'innovation, le plan national de santé publique (la prévention) jusqu'à la convention d'objectifs et de gestion de l'Assurance maladie!

La mise en œuvre dans les territoires se fera par la définition des projets régionaux de santé, au premier semestre 2018... Cela nous indique que nous allons voir une nouvelle mascarade en matière de « consultation nationale » à la mode TGV Siemens-Alstom!

- D'ici mi-octobre une concertation (?) pour recueillir les « attentes » des différents représentants du secteur de la santé, avec au bout la rédaction d'un premier projet...
- En novembre, mise en ligne du projet : les « Français » auront la possibilité de réagir et faire des propositions...
- La Stratégie nationale de santé (SNS) sera approuvée par décret en décembre prochain...

Mais parallèlement, nous apprenons que le Président doit faire une importante annonce le 13 octobre 2017 d'« un grand plan pour l'accès aux soins »? Incidemment,

il serait question de télémédecine et de pratiques avancées... Pour lutter contre les déserts médicaux... En l'occurrence Macron/Buzyn vont trouver matière pour leur communication dans les récents travaux du Haut Comité de Santé Publique qui a été saisi, dès le 17 mai et rendu son avis le 8 septembre dernier.

Celui-ci devait « plancher » sur les quatre thèmes prioritaires :

- La prévention et promotion de la santé
- La lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé
- La nécessité d'accroître la pertinence et la qualité des soins
- L'innovation

Air connu depuis la campagne présidentielle que le HCSP a décliné en 180 pages sur de petits refrains tout aussi connus des gens de terrain !

Le HCSP rappelle un constat que nous ne pouvons que partager : un état de santé contrasté, avec une place croissante des maladies chroniques ; des inégalités territoriales et sociales de santé marquées ; un poids croissant des limitations et de la dépendance ; des inégalités d'accès à la prévention... Situation qui va singulièrement s'aggraver avec les premières mesures du gouvernement Macron...

Le HCSP identifie quatre grands problèmes de santé à prendre en compte dans une SNS :

- Les risques sanitaires liés à l'augmentation prévisible de l'exposition aux polluants et aux toxiques, notamment la pollution de l'air et les risques chimiques liés aux pesticides et perturbateurs endocriniens...
- L'exposition de la population aux risques infectieux, dont certains seraient dus à une couverture vaccinale insuffisante...
- L'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et ses conséquences
- L'adaptation du système de santé aux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux : il est là, noté, que « le poids important du recours à l'hôpital » (46,7 % de la consommation de soins et biens médicaux) rend nécessaire « *d'identifier les hospitalisations évitables par un système de soins primaires permettant une prise en charge de proximité* » C'est ainsi que l'hôpital public devient un problème de santé ! C.Q.F.D.

Le HCSP propose une analyse des principaux déterminants de ces quatre grands problèmes de santé, notamment de ceux sur lesquels une action est possible. Après avoir rappelé brièvement l'exposition à

des facteurs de risques comportementaux, de risques environnementaux, des risques sociaux et culturels (sic), le rapport insiste sur « *le rôle du système de santé comme déterminant de la santé* » : « *en agissant sur les objectifs, l'organisation et le financement du système de santé, il est possible de mieux répondre aux évolutions nécessaires...* ».

À ce stade, le HCSP émet ses recommandations pour définir une SNS, selon quatre principes d'action, cinq axes et une méthodologie :

- La santé comme objectif dans toutes les politiques, avec un accent mis sur l'implication et la mobilisation des collectivités territoriales et locales (celles-ci apprécieront, voyant leurs moyens fondre au soleil!)
- Une lutte résolue et active contre les inégalités territoriales et sociales de la santé
- Une approche territorialisée de la SNS... En commençant par « une Europe de la santé » !
- La nécessité d'impliquer les usagers et les citoyens, pour une démocratie d'apprentissage de l'utilisateur (?) relevant, pour le moins une crise de confiance...

Les cinq axes d'action ne font que répéter à l'envi les objectifs, principes, et tutti quanti des précédentes lois de santé !

Il demeure l'insistance à l'évolution du système de santé :

- Engager le système de santé et donc de soins dans « un virage préventif », en s'appuyant sur les groupements hospitaliers de territoire (GHT)
- Réorienter l'offre de soins vers les soins de ville (soins primaires et spécialisés), les établissements étant appelés à se concentrer sur leurs missions de recours spécialisés, en l'occurrence leurs plateaux techniques ? Cherchez l'erreur !

Le HCSP partage à ce propos les évolutions nécessaires de financement, tels que « le panier de soins intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire », ou encore le financement forfaitaire de certains parcours de soins, incluant les actions de prévention/promotion à la santé. L'innovation en santé, la formation, la recherche en santé publique sont bien évidemment évoqués. Une politique spécifique axée sur la santé des enfants et des adolescents : pourquoi pas ? Cela vaut la peine d'y être attentifs, si cela permet de « *soutenir les professionnels de Protection Maternelle et Infantile (PMI) et de santé scolaire* » ! C'est certainement un axe prioritaire de mise en œuvre d'une politique de prévention, de promotion à la santé, de lutte contre les ISS ! Tout comme la médecine scolaire, la santé au travail !

Le HCSP relève, à ce propos que « *si la prévention peut relever de chacun, il est indispensable de reconnaître que l'intervention nécessite une expertise et des professionnels de santé qualifiés pour se déployer* ».

Pour rester sur une note polémique, nous voulons retenir le parti pris du HCSP qui, dans sa contribution, ne veut pas considérer les pathologies en tant que telles mais les grands problèmes de santé, pour une vision stratégique et transversale sur les déterminants de santé. Il affirme qu'une « *telle approche demande une structuration à la hauteur des enjeux, lisible et surtout un soutien, un financement plus sûrs, pérennes, pluriannuels, des organisations et des dispositifs* ». Nous partageons!

Le courrier des lecteurs

Lettre de Roland Cazeneuve: Gouverner par ordonnances : le début d'un totalitarisme ?

Totalitarisme n'est pas le bon mot! Un régime totalitaire est un régime de parti unique n'admettant aucune opposition organisée et dans lequel l'État tend à confisquer la totalité des activités de la société. C'est ce qui est en train de se passer en ce moment avec Erdogan en Turquie. Ce n'est pas le cas en France puisque les partis sont autorisés légalement, que les oppositions peuvent s'exprimer si elles le veulent et que l'État ne confisque pas toutes les activités puisqu'il a plutôt tendance à les privatiser et à les ubériser. On est plutôt dans une dérive monarchique.

Macron se voit en Jupiter. Jupiter en latin, veut dire dieu romain qui gouverne la Terre et le Ciel. Il est aussi le maître des autres dieux. Un homme qui a pour ambition de gouverner la Terre et le Ciel est en principe, un homme dangereux, voire malade, un brin délirant. Un homme qui prétend vouloir être le maître de tous est un dominateur intolérant. Lors de sa campagne électorale Macron n'a rien partagé, il était à la fois candidat, directeur de campagne et porte-parole. Tous les autres ont été relégués au rôle de serviteurs. Le chef au-dessus de ses subordonnés. Depuis qu'il est élu il a pris en main toutes les commandes de l'État.

Macron est un homme de conviction. Macron n'est pas qu'un Jupiter ridicule, il a des convictions ultralibérales et veut imposer sans débat une politique régressive pour le peuple et profitable au monde de la finance et des grosses entreprises capitalistes. Sa posture de gouvernement sert donc un dessein précis: répondre aux attentes de ces gens-là contre le peuple. Pour y parvenir, il développe une stratégie où la vision centralisatrice, autoritaire et personnelle prend le dessus. Son but est surtout d'éviter le débat parlementaire et populaire. C'est comme ça, ça ne se discute pas! Tolérer le débat serait prêter le flan à la transparence et donc aux inflexions probables à la sortie. Il ne peut pas se le permettre car il a promis à la bourgeoisie, qui l'a choisi, de servir fidèlement ses intérêts.

Macron utilise à plein les institutions de la V^e République. Système électoral injuste et antidémocratique (pas de proportionnelle) permettant de se faire élire tout en étant minoritaire, médias ultra majoritairement aux mains de gros propriétaires privés et fortunés, système parlementaire autocratique avec une

majorité de députés godillots. Le président monarchique est assuré d'imposer tous ses choix sans contestation de sa majorité. Jusque-là tout a été voté le doigt sur la couture du pantalon. Le mouvement populaire est minoritaire, la majorité du peuple est spectateur et subit. L'utilisation des ordonnances, qui sont légales, permet d'imposer, sans débat, des mesures ultra-régressives en vue de supprimer tous les grands conquits sociaux du siècle écoulé.

La notion d'ordonnances n'est pas forcément synonyme de régression. En 1945, au sortir de la deuxième guerre mondiale, le gouvernement du Conseil National de la Résistance, s'appuyant sur le rapport des forces de l'époque qui était largement en faveur du peuple, a mis en œuvre tout son programme par ordonnances pour aller plus vite sans se quereller avec la droite et le patronat réactionnaires et souvent fascistes. Ainsi la Sécurité Sociale fut créée par l'ordonnance du 4 octobre 1945. Après le gouvernement de Vichy, il s'agissait surtout, de rétablir la République et la démocratie.

Macron utilise le rapport de force qui lui est favorable. Pour le moment Macron va gouverner par ordonnances car le rapport de force le lui permet. Il va tenter de manœuvrer pour continuer à endormir le peuple et pouvoir aller le plus loin possible dans l'application de son programme austéritaire qui va générer le développement de la misère.

Le peuple peut se réveiller et imposer sa loi. Rien n'est écrit à l'avance. Ce sont les peuples qui font l'Histoire. Si demain, jugeant que trop c'est trop, le peuple se réveille en organisant la lutte et en créant un rapport de force qui lui est favorable, il peut renverser la table et prendre lui-même le pouvoir dans l'entreprise et dans le pays tout entier. Ce n'est pas qu'un rêve, c'est un possible crédible et c'est pour cela qu'il ne faut pas cesser ce combat précieux.

Lettre du Dr Dominique Huez : Le conseil d'État laisse l'ordre des médecins en arbitre de la question sociale

Les différentes affaires de médecin poursuivi par des employeurs devant l'ordre des médecins n'ont d'autre objectif que de faire reconnaître la légitimité et le devoir d'un médecin à pouvoir attester par écrit d'un lien entre une pathologie et le travail pour des soins préventifs et curatifs et pour l'ouverture ultérieurement des droits médicaux sociaux ou la reconnaissance de préjudices. Le 11 octobre 2017, le Conseil d'État⁽²¹⁾ aurait dû reconnaître irrecevables les plaintes d'employeurs devant l'ordre des médecins, contre des praticiens ayant attesté d'un lien entre l'atteinte à la santé et le travail. En effet pour préserver le secret médical, les médecins ne peuvent s'y défendre. Cela atteint leur droit à un procès équitable. La violation du secret médical atteint aussi à la protection de la vie privée du patient. Les articles 6 et 8 de la convention européenne des droits de l'homme sont respectivement bafoués par ces deux violations.

Mais le conseil d'État a choisi l'esquive pour ne pas se déjuger au regard de ses décisions récentes. Ses décisions antérieures concernent particulièrement la recevabilité de plaintes d'employeurs contre un médecin du travail. Décision aussi sur le fait que la médecine du travail n'est pas un service public ; or dans le cas contraire la plainte d'un employeur est interdite réglementairement devant l'ordre des médecins. Décision enfin que l'ordre des médecins peut se substituer à la plainte d'un employeur ; cette décision faisant l'impasse sur le fonctionnement de cette instance d'exception qui n'instruit pas de façon contradictoire, n'a pas accès au dossier médical d'un patient sans que ce dernier ne le lui fournisse au contraire d'un juge d'instruction qui peut le faire saisir.

Alors le conseil d'État a déployé un évitement étonnant. Devant dire le droit, par une pirouette il renonce pourtant à instruire le principal moyen qui entraîne l'irrecevabilité des plaintes d'employeurs devant l'ordre des médecins, à savoir la violation du secret médical par le médecin qui se défend en conciliation ordinale face à un employeur, et aussi devant la chambre disciplinaire. Mais manifestement gêné par ce qu'il perçoit des incohérences des condamnations disciplinaires ordinaires qui caractérisent les attestations médicales concernant le lien santé travail, de certificats de complaisance (!

), le conseil d'État rappelle l'ordre des médecins à ses devoirs médicaux (!). Ici, le conseil d'État énonce (je surinterprète) que les conditions d'exercice de chaque spécialité médicale doivent être prises en considération pour leur donner acte de leur capacité d'attester d'un lien entre une pathologie et le travail. Et ainsi les différents spécialistes qui ont diagnostiqué une pathologie, pourront développer dans leur dossier médical, et au besoin dans leur attestation médicale de diagnostic étiologique, le « faisceau d'indices » du côté du travail de leur patient qui leur est accessible et argumenter ainsi leur diagnostic de causalité professionnelle. Le déploiement d'une clinique médicale du travail qui prend le travail comme grille de lecture donne accès à de nombreux éléments des conditions organisationnelles et relationnelles de travail qui instruit précisément le lien santé-travail.

Une fois acté qu'un médecin doit examiner personnellement un patient pour énoncer un diagnostic médical, le refus par l'ordre des médecins de tout diagnostic étiologique professionnel ne peut être sérieusement argumenté au prétexte que le médecin n'a pas lui-même vu ou été présent sur les lieux de travail au moment des faits ou éléments incriminés. Constatons que l'ordre des médecins mélange volontairement les obligations des médecins pour les certificats de coups et blessures descriptifs, et les règles professionnelles des pratiques médicales spécialisées concernant les écrits médicaux à visée étiologique. En effet, faute d'écrits médicaux de causalité pathologique, les patients ne peuvent être soignés.

Les éléments d'anamnèse du travail ou de la santé, par définition, ne sont pas des éléments constatés par le médecin, et pour le travail non plus vérifiable au sens du contradictoire par un médecin au moment de leur mise en évidence. Pourtant par le « faisceau d'indices cliniques » rassemblé par un médecin, ces éléments d'anamnèse du côté du travail éclairent leur constat médical de pathologie. Le diagnostic étiologique doit relier la pathologie diagnostiquée à une causalité, ici professionnelle, déductive cliniquement, nourrie de l'art médical du faisceau d'indices cliniques. Ainsi un allergologue n'a jamais vu l'allergène qui a entraîné tel asthme majeur, un cancérologue soignant un mésothéliome pleural, n'a jamais rencontré la fibre d'amiante présente sur les lieux de travail il y a 40 ans qui en est la cause. Un médecin de centrale nucléaire que

21 <http://www.conseil-etat.fr/Actualites/Communiqués/Médecine-du-travail>

je suis, n'a jamais pénétré dans un bâtiment réacteur en marche à forte puissance pour constater une émission radioactive neutronique, et pourtant il peut déclarer une leucémie professionnelle au regard de cela.

C'est donc un « faisceau d'indices cliniques » qui conduit un médecin à rédiger un écrit médical « étiologique ». Et comme toute action médicale, elle doit être proportionnée et appropriée à l'état de santé du patient. Dans mon cas, il s'agissait d'une situation de sauvegarde médicale de personne en péril. Il conviendrait donc que le Conseil d'État acte de l'obligation de moyens qui s'impose au médecin, au regard d'une situation médicale singulière, ce qui implique autant que faire se peut, un diagnostic étiologique, au risque de se tromper. Et rappelle qu'un diagnostic médical étiologique doit être formulé par écrit dans le dossier médical, et autant que de besoin dans une attestation médicale spécifique pour un confrère de la chaîne de soin ou pour l'entendement du patient pour tracer médicalement une étape clinique.

Si dans mon affaire^{(22), (23)}, l'ordre des médecins pourrait être regardé comme ayant porté une plainte autonome à mon encontre alors qu'il s'agit d'une plainte de la société Orys (!, ?), ce qui n'est évidemment pas le cas, il ne m'a jamais reçu ni entendu sans Orys, n'a instruit aucun élément ni aucun fait, ni jamais reçu mon patient de telle façon qu'il ait pu se construire un avis sur ma pratique déontologique dans l'intérêt de la santé de ce dernier.

L'ordre des médecins n'a vérifié aucun fait énoncé par la Société ORYS. Ainsi le compte rendu du CHSCT qui a eu lieu près d'un an après l'exercice du droit de retrait de mon patient était tronqué, la société ORYS n'ayant fourni que les premières et les dernières pages. L'ordre n'a pas demandé le texte complet. L'ordre n'a pas instruit la violation du secret médical d'une attestation du médecin du travail de la société Orys, pièce au dossier de cette société. L'ordre n'a pas demandé à la Société Orys si elle avait renoncé à faire appel de sa condamnation pour harcèlement moral envers mon patient, ce qui était le cas au moment de l'appel. De même pour ce qui concerne un départ transactionnel de la société ORYS de mon patient qui était déjà acté au moment de l'appel pour 75 000 euros au moins ! Si la plainte de Orys qui est contre moi est reprise par l'ordre qui s'est associé à sa plainte, cette société n'a plus aucun intérêt à agir

devant le conseil d'État. Mais pourquoi argumente-t-elle alors en droit devant le conseil d'État s'il s'agit d'une plainte autonome de l'ordre des médecins qui lui n'est pas devant le conseil d'État et n'était pas représenté en appel. Constatons que l'ordre n'a pas tenu compte du fait que lors du jugement prud'homal condamnant la Société ORYS pour harcèlement moral, en aucune façon mon écrit médical mis en cause par la Société ORYS, n'a été pris en compte par le juge prud'homal comme élément de preuve. Mais alors, de quoi serait lésée cette société. Il ne reste que le projet du MEDEF de réduire au silence par la peur les médecins du travail dérangeants !

N.D.L.R. : Nous donnons ici le communiqué de presse de l'association santé et médecine du travail*

*<http://www.a-smt.org/>

Une décision lapidaire qui démontre l'embarras du conseil d'État confronté aux instances d'exception des ordres professionnels.

Cette décision, du 11 octobre 2017, rejette la requête de plusieurs organisations, qui avait pour but d'empêcher que la rédaction de l'article R 4126-1 du code de la santé publique permette le dépôt de plaintes d'employeurs contre un médecin ayant rédigé un certificat médical concernant un salarié. Elle ne va pas grever le bilan carbone. Elle tient en deux pages y compris les fioritures habituelles. Ce qui est particulièrement étonnant ici c'est la pauvreté du raisonnement juridique de cette décision qui se contente d'affirmer sans démontrer. Le rapporteur public avait ouvert la voie dans cette direction.

Ainsi : « (...) l'adverbe « *notamment* », dont les requérants demandent l'abrogation, n'a ni pour objet ni pour effet d'imposer au médecin poursuivi de méconnaître le secret médical pour assurer sa défense ou de limiter son droit à se défendre (...) » constitue le motif principal de rejet de la requête. Pourquoi ? Qu'est-ce qui motive en droit cette affirmation ? Rien sur le caractère juridiquement limitatif de l'adverbe « *notamment* » : Nous restons sur notre faim. Car, précisément, l'un des objets des plaintes d'employeur est de placer le médecin poursuivi devant une injonction paradoxale entre secret médical et volonté de justifier son certificat pour se défendre, ceci afin de l'inciter à modifier son écrit.

Enfin, pour ne pas désespérer le lecteur-trice il convient, après avoir indiqué le cheval de ce pâté, d'en repérer les alouettes. Tout d'abord, il faudra dorénavant que l'employeur qui porte plainte motive explicitement qu'il est « *lésé de manière suffisamment directe et certaine par un certificat ou une attestation* » Ce qui, parfois, sera difficile en particulier lors de la rédaction de certificat

22 <https://blogs.mediapart.fr/dominique-huez/blog/280916/les-tribunaux-d'exception-de-l'ordre-des-medecins>

23 <https://blogs.mediapart.fr/dominique-huez/blog/090616/defense-devant-l'ordre-des-medecins-dominique-huez-medecin-du-travail-8-juin-2016>

pour accident du travail ou maladie professionnelle qui relèvent d'une obligation explicite du médecin par le Code de la sécurité sociale.

Enfin pour les médecins du travail la mention à l'obligation pour l'instance disciplinaire « *(de tenir compte) des conditions dans lesquelles le médecin exerce son art et, en particulier, s'agissant des médecins du travail, des missions et prérogatives qui sont les leurs* » éclaire le contexte. Cette formule est confortée dans les commentaires accompagnant l'arrêt sur le site du conseil (« *la décision indique toutefois que le juge disciplinaire devra tenir compte des spécificités des conditions d'exercice du médecin du travail qui, de par ses fonctions, a accès à un grand nombre d'informations sur le fonctionnement de l'entreprise et les conditions de travail des salariés.* »). Cela, laisse donc la possibilité pour les médecins du travail, mais aussi pour les autres médecins formés à la clinique médicale du travail, de fonder leur diagnostic des causes en produisant un faisceau d'indices. L'intérêt principal de cette décision décevante, sans fondement exprimé, est surtout qu'elle pourrait ouvrir la porte à un recours devant une juridiction moins conformiste, celle de la Cour européenne des droits de l'Homme, puisque précisément le secret médical et le droit à une défense équitable sont garantis par la constitution européenne. Cela permettrait en outre de mettre en cause l'abus de pouvoir de l'ordre des médecins que constituent l'instruction des plaintes d'employeurs et le caractère d'exception des instances disciplinaires ordinaires.

Lettre du Dr Marcel Touati, membre de la commission nationale santé protection sociale du PCF : *Poursuivre l'effort contre le scandale des perturbateurs endocriniens...*

« Nous considérons, que les perturbateurs endocriniens présentent des dangers avérés pour la santé humaine. De nouvelles dispositions doivent être prises afin d'assurer dans les meilleures conditions l'avenir sanitaire des jeunes générations ». C'est ainsi que Pierre Laurent, sénateur et secrétaire nationale du PCF, s'exprimait durant l'été 2017, en déclarant, *« aucun bébé ne doit naître pré-pollué ».*

Les chercheurs ont évalué, récemment, l'exposition prénatale à trois produits : le bisphénol A, le triclosan, et le DBP. L'Inserm poursuit la coordination des recherches sur la région de Grenoble.

Le mercredi 4 octobre, le Parlement européen a rejeté la définition adoptée par la Commission européenne (écartant des perturbateurs endocriniens notamment les pesticides), par 389 voix contre 235 et 70 abstentions. Après s'être opposée à la Commission, avec le Danemark et la Suède, la France a soudainement changé de position, peut-être sous l'influence de l'Allemagne, elle-même protégeant les groupes allemands de taille mondiale BASF et Bayer.

Nous nous sommes associés à la protestation de scientifiques, de défenseurs de l'environnement et de la population... Cette manœuvre de la Commission était donc non seulement contraire au principe de précaution et nocive pour notre santé, mais elle était aussi illégale comme l'a montré Patrick Le Hyaric, député européen, communiste membre du groupe de la Gauche Unitaire Européenne. Le Parlement européen doit se prononcer, comme nous le demandons, pour des critères plus stricts de classification de ces substances, alors que nous commençons à peine à saisir les multiples impacts catastrophiques qu'elles peuvent avoir sur le vivant. Sur ce sujet, continuons, donc à rassembler contre les grands groupes de l'agrochimie et de la chimie et leurs soutiens, pour que le gouvernement français se positionne clairement face à la cupidité inhumaine, dangereuse et irresponsable et pour le principe de précaution.

Nos sommes déterminés à promouvoir notre santé et notre environnement face aux calculs égoïstes de quelques multinationales.

Document

Que penser du « populisme de gauche » de Chantal Mouffe ?

par Jean Quétier

N.D.L.R. : Dans la France actuelle les formes politiques dominantes sont des populismes : Le Pen, Macron, Mélenchon. Les personnes qui suivent les questions de santé et de protection sociale doivent se familiariser avec ces modes de pensée. C'est pourquoi nous donnons ici cet article du philosophe Jean Quétier, qui décortique pour nous cette façon de voir. Jean Quétier, né en 1990, agrégé de philosophie, ancien élève de l'École Normale Supérieure d'ULM, a traduit *Marxisme et philosophie* de Karl Korsch aux Editions Allia. Il participe à la *Geme* en traduisant la Correspondance de Marx et Engels (le volume XIII de la nouvelle traduction, poursuivant le volume XII de l'ancienne édition), *La Contribution à la critique de l'économie politique et L'Idéologie*, allemande, 1^{re} partie...

Le « populisme de gauche » théorisé par Chantal Mouffe est devenu une référence théorique fondamentale pour différents mouvements progressistes, notamment la France Insoumise (1) et pour Podemos (2). L'idée commence à faire son chemin : il faudrait abandonner les vieux schémas rouillés de la gauche traditionnelle (défense des intérêts des salariés, organisations partitaires, etc.) pour faire place à des logiques politiques jugées plus efficaces et plus souples (opposition du « peuple » et de la « caste », plates-formes numériques, etc.). L'objectif de cet article est de présenter de manière synthétique les grandes lignes de la théorie de Chantal Mouffe ainsi que les critiques que l'on peut lui adresser d'un point de vue communiste.

Philosophe belge née en 1943, Chantal Mouffe enseigne la théorie politique à l'Université de Westminster à Londres. Ses travaux sont étroitement liés à ceux d'un philosophe argentin, décédé en 2014, qui fut aussi son compagnon : Ernesto Laclau. C'est avec lui qu'elle a co-écrit, en 1985, un de ses ouvrages les plus importants : *Hégémonie et stratégie socialiste*, sur lequel je reviendrai assez longuement puisque les deux auteurs y exposent de façon assez précise leur rapport au marxisme. Les travaux de Chantal Mouffe et d'Ernesto Laclau sont difficilement dissociables, car les deux philosophes ont travaillé de concert pendant près de trente ans. C'est pour cette raison que je m'appuierai aussi assez largement sur un ouvrage d'Ernesto Laclau, *La Raison populiste* (2005), dont Chantal Mouffe se revendique explicitement.

Mon article procédera en trois temps. Tout d'abord, je décrirai la manière dont Chantal Mouffe conçoit ce qu'elle nomme « le » politique (par distinction d'avec

« la » politique) : le politique est toujours pour elle le lieu de la conflictualité, ce qui va la conduire à rejeter toute perspective de réconciliation de la société et, ce faisant, à se démarquer aussi bien des théoriciens sociolibéraux de la « troisième voie » que du marxisme. Ensuite, j'examinerai les différentes caractéristiques du « populisme de gauche » que Chantal Mouffe et Ernesto Laclau appellent de leurs vœux. Enfin, je présenterai deux critiques que l'on peut adresser à ce projet qui se revendique explicitement de l'antinationaliste et de l'anti-universalisme.

Le pluralisme agonistique

Commençons par sa conception du politique. « Le » politique, c'est pour elle « la dimension d'antagonisme [...] constitutive des sociétés humaines » (3) quelles que soient les pratiques et les institutions organisant la coexistence humaine (ce qu'elle nomme « la » politique). Autrement dit, il y a pour elle une essence, un fonds commun à toutes les pratiques politiques (« le » politique donc) qu'il faut prendre en compte dès que l'on prétend faire de « la » politique. Or cette essence du politique, c'est justement l'antagonisme et plus précisément le partage de la société entre un « nous » et un « eux ». Sur ce point, elle assume une certaine filiation avec le théoricien nazi Carl Schmitt (4) qui considérait que le propre du politique était de s'organiser autour de la polarité ami/ennemi. Elle cherche néanmoins à s'en démarquer (à penser « avec Schmitt contre Schmitt » (5) selon ses propres termes) en affirmant que son objectif est de construire un rapport nous/eux qui ne tombe pas dans la relation ami/ennemi, dont le débouché naturel est la guerre. Elle affirme qu'il faut inaugurer une nouvelle forme de relation nous/eux, compatible avec la démocratie. Cela suppose de

reconnaître la légitimité de ses opposants et de remplacer l'ennemi par un « adversaire », ce qu'elle appelle aussi « transformer l'antagonisme en agonisme » (6) au sens où l'antagonisme caractérise une relation entre ennemis qui peut conduire à la destruction de l'autre, tandis que l'agonisme caractérise une relation entre adversaires qui suppose de reconnaître à l'autre le droit de défendre sa position. De ce point de vue, Chantal Mouffe cherche à maintenir l'opposition nous/eux en l'insérant dans le cadre d'une politique démocratique. Elle considère la démocratie comme le lieu d'un paradoxe (7) qu'il faut assumer sans chercher à le résorber (l'idée selon laquelle on pourrait aboutir à un accord rationnel en politique étant, pour Chantal Mouffe, potentiellement totalitaire). Elle qualifie ainsi sa propre conception de « pluralisme agonistique » (8). Si l'affrontement démocratique vient à manquer, il est justement remplacé par un affrontement d'autres formes d'identifications collectives (identitaires) et conduit nécessairement à l'apathie et à la désaffection à l'égard de la participation politique.

Contre la perspective post-politique

De ce point de vue, les principaux adversaires de Chantal Mouffe sont les théoriciens libéraux de la troisième voie qui défendent une vision technocratique et « post-politique ». Chantal Mouffe s'oppose notamment à ceux qui considèrent que le clivage droite/gauche n'a plus de sens aujourd'hui. Dans *L'Illusion du consensus*, elle s'en prend notamment au sociologue Anthony Giddens (9), qui fut l'un des principaux conseillers de Tony Blair. Elle considère d'ailleurs que leur vision est invalidée par la montée des populismes de droite en Europe (elle analyse notamment la montée du FPÖ de Jörg Haider en Autriche, sur fond de décennies de grande coalition entre libéraux et sociaux-démocrates). C'est précisément parce qu'en Autriche, le clivage droite/gauche (c'est-à-dire au fond le cadre institutionnel permettant aux conflits de s'exprimer) que le conflit en est venu à s'exprimer d'une autre manière, celle du populisme de droite. Pour Chantal Mouffe, le « pluralisme agonistique » est le garant du bon fonctionnement de la politique démocratique, et elle l'oppose aux deux modèles dominants que sont d'une part, le modèle « agrégatif » (qui réduit la politique démocratique à la négociation entre intérêts particuliers) et le modèle « délibératif » ou « dialogique » (qui considère que les décisions sur les questions d'intérêt commun doivent résulter de la délibération publique de tous les citoyens) (10). On peut considérer que ces analyses s'appliquent tout à fait à la France d'Emmanuel Macron et aux deux phénomènes inquiétants qui l'accompagnent : une abstention massive et un vote Front national fort.

Au-delà du marxisme

Le « pluralisme agonistique » de Chantal Mouffe cherche aussi à se démarquer du marxisme, auquel elle oppose parfois des arguments similaires. En effet, *Hégémonie et stratégie socialiste*, son ouvrage de 1985 co-écrit avec Ernesto Laclau qui constitue le premier grand exposé de leur théorie politique, est d'abord et avant tout une critique du marxisme formulée d'un point de vue qu'on pourrait qualifier de postmoderne. La philosophie postmoderne ne constitue pas véritablement un courant théorique constitué mais elle rassemble un certain nombre d'auteurs qui ont en commun le rejet du rationalisme et l'idée selon laquelle le réel est un ensemble de constructions discursives (autrement dit, du point de vue postmoderne, l'objectivité du social est constituée par les discours que les agents tiennent sur eux-mêmes et sur les autres, elle ne les transcende pas). À ce titre, l'ouvrage de Chantal Mouffe et Ernesto Laclau prend place dans un contexte plus large, celui de la « crise du marxisme », crise qui est à son comble au milieu des années 1980 : reflux du mouvement communiste et décrépitude de l'URSS, proclamation de la « fin des idéologies », triomphe du néolibéralisme avec Reagan aux États-Unis et Thatcher au Royaume-Uni... Ce que Chantal Mouffe et Ernesto Laclau reprochent au marxisme traditionnel (et comme on va le voir, au marxisme en général, puisque même s'ils considèrent que certains auteurs, notamment Gramsci, se sont efforcés de résoudre cette difficulté, le cadre théorique marxiste les aurait empêchés d'aboutir à une solution satisfaisante), c'est de considérer que les acteurs sociaux (en l'occurrence les classes sociales) ont des intérêts objectifs, indépendamment de la conscience qu'ils en prennent ou non. La cible principale de Chantal Mouffe et Ernesto Laclau, c'est la distinction classique entre classe en soi et classe pour soi. Sa formulation canonique se trouve aux dernières pages de l'ouvrage de Marx, *Misère de la philosophie*, dans lequel il explique que la domination du capital crée déjà une classe ouvrière disposant d'intérêts communs mais que seule la lutte politique de la classe ouvrière fait passer la classe ouvrière du statut de classe vis-à-vis du capital à celui de classe pour elle-même (11). Et lorsque ce passage de la classe en soi à la classe pour soi ne s'opère pas, le marxisme attribue cela à la « fausse conscience » de la classe ouvrière – un concept que Chantal Mouffe juge inopérant et qu'elle réduit à une disqualification morale aristocratique (12). Chantal Mouffe et Ernesto Laclau reprochent donc au marxisme une forme d'essentialisme (la classe ouvrière aurait *par essence* intérêt au renversement du capitalisme, elle serait *par essence* révolutionnaire, etc.) qu'ils considèrent

comme injustifié. C'est d'après eux une des raisons pour lesquelles le marxisme aurait été incapable de comprendre les aspirations des « nouveaux mouvements sociaux » (féminisme, antiracisme, écologie...). Leur livre cherche à montrer qu'il n'existe aucune relation logique entre les objectifs socialistes et les positions des agents sociaux dans les rapports de production, précisément parce que le concept d'intérêt objectif mobilisé par le marxisme n'a pas, d'après eux, de fondement théorique (13).

De vains efforts pour dépasser l'économisme

Néanmoins, Chantal Mouffe et Ernesto Laclau ne considèrent pas le marxisme comme un bloc homogène et sans nuance. L'un des intérêts principaux d'*Hégémonie et stratégie socialiste* réside sans doute dans la confrontation précise qu'ils mènent avec les auteurs de la tradition marxiste, entre autres Rosa Luxemburg, Lénine ou encore Gramsci. Ils s'intéressent notamment aux auteurs qui ont cherché à rompre avec une lecture « économiste » du marxisme (principalement celle de la Deuxième Internationale, qui avait tendance à considérer que le capitalisme allait s'effondrer tout seul, sous le poids de ses propres contradictions). Ils vont donc discuter les textes d'auteurs marxistes cherchant à réintroduire une forme d'autonomie du politique à l'intérieur de leur théorie. Chantal Mouffe et Ernesto Laclau reconnaissent les efforts théoriques déployés par ces auteurs mais considèrent qu'ils se retrouvent tous confrontés à un même problème qu'ils ne parviennent pas à résoudre, car pour le résoudre, il faudrait abandonner le cadre théorique qui est celui du marxisme. À partir du moment où l'on confère à la politique un rôle déterminant et même constitutif dans le processus révolutionnaire, pourquoi le sujet révolutionnaire politiquement constitué devrait-il être un sujet de classe? La base économique ne suffit pas à assurer l'unité de classe, cette unité ne peut advenir que sur le terrain politique, mais dès que l'on entre sur le terrain politique, rien ne peut garantir de façon convaincante que cette unité politiquement construite est bien une unité de classe. Reprenant une distinction développée par le linguiste Ferdinand de Saussure, Chantal Mouffe et Ernesto Laclau considèrent que, dans le marxisme, les relations politiques (qu'ils vont nommer relations hégémoniques) sont aux rapports de classe ce que les faits de parole sont aux faits de langue (14). La parole que je prononce est toujours singulière et contingente, elle ne se réduit jamais à la langue dans laquelle elle est formulée. Les relations politiques sont toujours fondées sur les rapports de classe mais la théorie marxiste ne parvient jamais à déduire celles-là à partir de ceux-ci. Pour Chantal Mouffe et Ernesto Laclau, le

marxisme peine notamment à rendre compte du fait que ce n'est jamais la classe bourgeoise seule (dans le cas des révolutions bourgeoises) ou la classe ouvrière seule (dans le cas des révolutions ouvrières) qui fait la révolution. Ils reconnaissent que cette difficulté a été prise en compte par le marxisme et que certains auteurs ont cherché à la résoudre sans réduire à néant le concept d'intérêt objectif de classe. C'est notamment le cas de Lénine qui théorise la perspective d'une direction politique de la classe ouvrière au sein d'une alliance de classe beaucoup plus large, incluant par exemple la paysannerie. Mais la notion léniniste d'alliance de classes leur semble suspecte, précisément parce qu'elle introduit la présence des classes dans le champ politique sous la forme d'une représentation d'intérêts (15). La direction politique de la classe ouvrière est celle qui est supposée représenter le mieux les intérêts des classes qui lui sont alliées. L'idée même qu'il serait possible de représenter politiquement des intérêts économiques leur paraît intenable parce qu'elle identifie à tort les agents sociaux qu'il s'agit de construire avec des classes déjà préexistantes. La notion d'alliance de classe est pour eux insuffisante car la construction d'un peuple ne peut jamais se réduire à la coïncidence rationnelle des intérêts d'agents préconstitués.

L'apport de Gramsci

J'y ai fait allusion, c'est chez Gramsci que les deux auteurs découvrent les concepts les plus innovants qu'ait produits le marxisme, des concepts susceptibles d'être utilisés dans un cadre qui dépasse justement celui du marxisme. Dans *Construire un peuple*, Chantal Mouffe évoque d'ailleurs un certain retard théorique de la gauche dans l'appropriation de la pensée de Gramsci, récupéré dès le début des années 1980 par le théoricien de la « Nouvelle droite » Alain de Benoist, qui plaidait pour un « gramscisme de droite » (16). Chantal Mouffe et Ernesto Laclau empruntent d'abord et surtout à Gramsci le concept d'hégémonie dont ils donnent la définition suivante: l'hégémonie désigne un rapport dans lequel une force sociale assume la représentation de la totalité. Pour eux, l'hégémonie est la seule forme d'universalité qu'une communauté politique soit susceptible d'atteindre. C'est une universalité qu'ils qualifient de « contaminée » (17) dans la mesure où elle est en tension constante avec la particularité. Chantal Mouffe et Ernesto Laclau s'intéressent tout particulièrement à ce que Gramsci nomme la dimension « intellectuelle et morale » (18), c'est-à-dire au fait que la direction politique requiert qu'un ensemble d'idées et de valeurs soient partagées et que s'exprime une « volonté collective » susceptible

d'unifier un « bloc historique ». Cependant, Chantal Mouffe et Ernesto Laclau considèrent que Gramsci se refuse à suivre jusqu'au bout la logique déconstructrice de son concept d'hégémonie et qu'il demeure entravé par le noyau essentialiste du marxisme parce qu'il pense que l'hégémonie doit toujours correspondre à une classe économique fondamentale. Chantal Mouffe et Ernesto Laclau considèrent en quelque sorte que Gramsci se retrouve dépassé par son propre concept, lequel introduit finalement une logique du social incompatible avec le marxisme (19). L'autre concept que Chantal Mouffe et Ernesto Laclau empruntent à Gramsci, c'est celui de « guerre de position ». La guerre de position est une lutte pied à pied, au sein des institutions, visant à construire une contre-hégémonie. Elle suppose d'accepter une partie de l'ordre hégémonique actuel tout en cherchant à le réarticuler, à lui donner un sens contestataire. Dans *Construire un peuple*, Íñigo Errejón donne l'exemple de la manière dont Podemos a cherché à tirer profit des interventions télévisées (la télévision est un terrain construit par l'adversaire mais qui peut faire l'objet d'une subversion) (20). Cependant, chez Gramsci, le concept de guerre de position était solidaire de celui de « guerre de mouvement » (le moment révolutionnaire au sens strict) puisque la guerre de position était conçue comme une préparation de la guerre de mouvement. Or, Chantal Mouffe dit elle-même qu'elle a délibérément laissé de côté le concept de guerre de mouvement, qui renvoie à une sorte de rupture finale radicale qui n'a pas de place dans sa théorie du pluralisme agonistique (21).

La situation populiste

C'est sur le fond de cette critique du marxisme et de la reprise hétérodoxe de certains concepts de Gramsci que Chantal Mouffe et Ernesto Laclau vont élaborer leur théorie du populisme. Pour eux, avant même de devenir un projet, le populisme est d'abord une « situation ». C'est justement l'émergence d'une situation post-politique comme la nôtre, dans laquelle les différences entre la droite et la gauche sont gommées, qui crée les conditions d'une « situation populiste », propice aussi bien au populisme de droite qu'au populisme de gauche. Reprenant encore un concept de Gramsci, Chantal Mouffe qualifie de « crise organique » (22) cette situation dans laquelle le bloc de pouvoir traditionnel s'effrite et dans laquelle les canaux institutionnels chargés d'apporter des réponses aux demandes populaires sont obturés. Or, si pour Chantal Mouffe et Ernesto Laclau le populisme de gauche peut constituer une réponse satisfaisante à cette situation, une réponse dont il faudrait se réclamer, c'est notamment en raison de la place centrale qu'ils confèrent à l'affect,

à la passion, dans l'explication sociale. S'appuyant sur l'idée freudienne d'après laquelle le lien social est un lien libidinal, Ernesto Laclau considère, dans *La Raison populiste*, que le rejet du populisme n'est autre que le rejet de la politique tout court (23). Retraçant de manière synthétique l'histoire de la psychologie des foules depuis Gustave Le Bon, Ernesto Laclau associe le rejet du populisme au dénigrement des masses et au rejet du milieu indifférencié qu'est la foule au nom de la structuration sociale et de l'institutionnalisation. Or, pour Ernesto Laclau, les reproches que l'on adresse généralement au populisme (il est vague, il s'appuie sur la rhétorique) ne sont pas nécessairement à comprendre de manière péjorative : d'après lui, le fait que le discours populiste soit vide et vague n'est pas tant un défaut qu'une qualité (24).

Signifiants vides

Si le populisme a recours à ce qu'il nomme des « signifiants vides », c'est parce que l'opération hégémonique de construction d'un peuple requiert de nommer un objet à la fois impossible et nécessaire. Impossible parce qu'on ne peut pas réellement réconcilier toutes les demandes sociales hétérogènes, nécessaire parce qu'aucune hégémonie ne se construit sans une forme de convergence entre elles. Les signifiants vides correspondent finalement à l'emploi de termes figurés qui ne peuvent être remplacés par des termes littéraux. C'est ce qu'en rhétorique on nomme une catachrèse (les « pieds » d'une chaise, les « ailes » d'un moulin) : pour Ernesto Laclau l'opération hégémonique de construction d'un peuple est donc essentiellement catachrétique (25). Prenant l'exemple de la révolution russe de 1917, il considère par exemple que le mot d'ordre « la paix, le pain, la terre » n'est pas le dénominateur commun conceptuel de toutes les demandes sociales de la Russie de 1917, les doléances qui s'expriment à travers ces trois demandes n'ayant parfois rien à voir avec elles. Pour Ernesto Laclau, le caractère « vide » de ces signifiants n'est pas le résultat d'un sous-développement idéologique du mouvement qui les formule, il exprime tout simplement le fait que toute unification populiste prend place sur un terrain social radicalement hétérogène. Plus les demandes sociales sont hétérogènes, plus l'identité des forces populaires et de l'adversaire à combattre devient difficile à déterminer. De ce fait, le vague et l'imprécision deviennent nécessaires.

Signifiants flottants

Ernesto Laclau distingue par ailleurs les « signifiants vides » des « signifiants flottants ». L'emploi de ces deux types de signifiants correspond à deux formes d'opérations hégémoniques qui, dans la pratique, ne sont pas toujours distinctes. L'usage des « signifiants vides » concerne la construction d'une identité populaire une fois que la présence d'une frontière stable est considérée comme acquise. L'usage des « signifiants flottants » cherche à déplacer cette frontière (26). Pour comprendre ce qu'est un « signifiant flottant », Ernesto Laclau cite l'exemple de Michael Portillo, dirigeant du Parti conservateur britannique. Ce dernier raconte qu'il avait milité dans sa jeunesse pour le parti travailliste mais qu'il avait été séduit par l'arrivée de Margaret Thatcher à la tête du Parti conservateur à la fin des années 1970 parce qu'elle représentait une forme de radicalité. À cette époque, le Parti travailliste à bout de souffle avait cessé de lui apparaître comme une solution radicale et il avait été obligé de choisir entre le contenu d'une politique et sa forme radicale, même si ce radicalisme était de tendance opposée. Dans le même esprit, Ernesto Laclau reprend, à propos de la France, le concept – fort contestable au demeurant – de « gaucho-lepénisme » développé par Pascal Perrineau et il considère que c'est justement le recours à ces « signifiants flottants » dans le discours lepéniste qui expliquerait le supposé déplacement massif d'électeurs du Parti communiste français vers le Front national (27).

Contre la démocratie directe

Sans surprise, la théorie populiste de Chantal Mouffe et d'Ernesto Laclau accorde une place décisive aux leaders politiques. Il leur semble impossible de construire un peuple sans la présence d'un représentant capable de produire ces signifiants vides et ces signifiants flottants. À rebours de toute une tradition de gauche qui remonte à Rousseau, Chantal Mouffe et Ernesto Laclau plaident très nettement en faveur de la démocratie représentative contre la démocratie directe. En effet, la méfiance traditionnelle à l'égard de la démocratie représentative repose sur l'idée que le représentant risque toujours de trahir la parole des représentés et que, lorsque la représentation est inévitable, tout doit être mis en œuvre pour que le représentant n'outrepasse pas son mandat (c'est là-dessus que repose par exemple la théorie du mandat impératif). Or, comme le dit Chantal Mouffe dans *Construire un peuple*, l'idée même de trahison de la parole des représentés repose sur un préjugé essentialiste : celui de la préexistence des volontés collectives par rapport au processus de construction du

peuple (28). Pour Chantal Mouffe, au contraire, les volontés collectives sont entièrement construites par le discours et cette construction discursive ne peut s'opérer que par l'intermédiaire de la représentation. Ernesto Laclau résume les choses de la manière suivante dans *La Raison populiste* : « La fonction du représentant n'est pas seulement de transmettre la volonté de ceux qu'il représente, mais aussi de donner de la crédibilité à cette volonté dans un milieu *différent* de celui dans lequel cette volonté fut à l'origine constituée » (29). Le représentant n'est pas un acteur passif, il ajoute quelque chose aux volontés qu'il représente. La représentation devient donc, selon Ernesto Laclau, le moyen d'homogénéiser une masse hétérogène. De ce fait, on ne sera pas surpris de voir que cette théorie de la représentation s'accompagne d'une réhabilitation paradoxale du lumpenprolétariat, concept marxiste dont Ernesto Laclau brouille quelque peu le sens, jusqu'à effacer la frontière qui existe entre lui et le prolétariat. Tandis qu'il désigne chez Marx le prolétariat en haillons, les criminels et les vagabonds qui ont renoncé à la lutte collective. Aisément corruptibles, ils représentent un point d'appui facile pour les menées réactionnaires comme celle de Louis-Napoléon Bonaparte dans la France de la Deuxième république, analysée par Marx dans *Le 18 Brumaire*. Ernesto Laclau considère au contraire qu'il n'existe pas de frontière nette entre prolétariat et lumpenprolétariat parce que la masse du peuple est toujours hétérogène. De ce point de vue, il considère que n'importe quel groupe d'opprimés a nécessairement quelque chose du lumpenprolétariat, même dans l'hypothèse – d'après lui fort peu probable – d'après laquelle ce groupe d'opprimés serait une classe définie par sa position dans les rapports de production.

Quel contenu politique ?

Venons-en pour finir à la question du contenu politique du populisme « de gauche ». La difficulté est que jusqu'à présent, les caractéristiques pointées par Chantal Mouffe et Ernesto Laclau sont communes à ce qu'ils nomment le populisme de droite et à ce qu'ils nomment le populisme de gauche. Dans *Hégémonie et stratégie socialiste*, ils reconnaissent d'ailleurs qu'« il n'y a pas une politique de gauche dont les contenus puissent être déterminés en dehors de toute référence contextuelle » (30). Cependant, Chantal Mouffe semble consciente du fait qu'il ne suffit pas d'opposer le peuple à la caste pour qu'on ait affaire à un populisme de gauche, il faut également préciser de quelle manière on veut construire un peuple. C'est d'ailleurs ce qu'elle reproche à Íñigo Errejón, qui revendique l'abandon par Podemos du clivage droite/gauche. Chantal Mouffe

considère d'ailleurs que Podemos ne pourrait pas se permettre de faire la même chose en France en raison du poids du Front national, qui exige que l'on distingue nettement populisme de droite et populisme de gauche (31). Toutefois, en y regardant de plus près, on s'aperçoit que les critères permettant de distinguer populisme de droite et populisme de gauche restent assez flous. Dans *Construire un peuple*, Chantal Mouffe dit bien que le populisme de gauche est « progressiste » parce qu'il entend « radicaliser la démocratie » (32), contrairement au populisme de droite qui est « réactionnaire » (33), mais on n'en saura pas beaucoup plus. Si l'on se réfère à un autre de ses ouvrages, *Le Paradoxe démocratique*, on trouve bien trois axes qui permettent de définir ce que Chantal Mouffe nomme un « nouveau projet de gauche » (34) : réduction du temps de travail, développement des activités sans but lucratif, revenu de base ; mais la question du contenu d'une politique de gauche reste traitée de manière assez allusive.

Une perspective antirationaliste et anti-universaliste

Je terminerai en formulant brièvement deux critiques qui me semblent pouvoir être adressées à la théorie de Chantal Mouffe. D'une part, la théorie de Chantal Mouffe s'oppose explicitement à toute approche rationaliste de la politique : en dernière instance, ce sont toujours les affects, les passions qui commandent à la formation des volontés collectives susceptibles de faire peuple. Dans *L'Illusion du consensus*, elle affirme ainsi, à la suite de Freud, que les identités collectives se constituent à la suite d'un double investissement libidinal (la pulsion de vie ou Éros, et la pulsion de mort ou Thanatos, analysés notamment dans *Le Malaise dans la civilisation*) (35). C'est évidemment une manière de faire de la conflictualité sociale et politique une donnée anthropologique irréductible, qu'il faudrait tout simplement assumer. Mais la référence à la psychanalyse me semble en réalité poser davantage de problèmes qu'elle n'en résout. Si toute société est traversée par l'opposition – fût-elle agonistique – entre un « nous » et un « eux », et que cette opposition est toujours construite à partir d'affects, on ne voit pas pourquoi certaines oppositions seraient plus pertinentes ou plus légitimes que d'autres. Pourquoi l'opposition entre bourgeoisie et prolétariat serait-elle plus légitime que l'opposition entre Français et étrangers ? Si on ne peut pas rendre raison, par une analyse sociologique ou économique, des fractures objectives qui traversent la société (par exemple la division en classes sociales dont les intérêts sont opposés), si toutes les oppositions ne sont que des constructions discursives, rien ne permet d'affirmer que certaines luttes sont légitimes tandis

que d'autres ne le sont pas, ou pour parler dans les termes de Chantal Mouffe, rien ne permet de dire que le populisme de gauche est légitime tandis que le populisme de droite ne l'est pas. Il me semble que cette difficulté n'est pas sans lien avec le fait que Chantal Mouffe reste très allusive sur ce que pourrait être le contenu d'une politique progressiste. Dans *Le Paradoxe démocratique*, elle affirme que « le versant épistémologique des Lumières [c'est-à-dire le rationalisme] ne doit pas être considéré comme la précondition de son versant politique » (36), à savoir le projet démocratique. Je crois pourtant que c'est le cas, sauf à considérer que le fait de préférer une politique de gauche à une politique de droite relève de l'arbitraire le plus complet.

La seconde critique que l'on peut adresser à la théorie de Chantal Mouffe est très étroitement liée à la première : elle porte sur son anti-universalisme. Puisqu'il n'existe pas d'intérêts objectifs des groupes en lutte, susceptibles d'être déterminés par une analyse rationnelle et scientifique de la structuration de la société, puisque les conflits ne sont qu'une donnée anthropologique irréductible, toute réconciliation apparaît impossible. Là encore, le marxisme constitue pour elle un repoussoir dans la mesure où le concept de « société sans classes » auquel est associé le communisme vient nommer cette réconciliation qu'elle juge impossible. Bien évidemment, l'ambition d'une « société sans classes » portée par le marxisme n'a jamais été synonyme d'une société d'où la conflictualité serait entièrement absente. La question posée par le marxisme est celle de la disparition d'une forme bien particulière de conflictualité : celle qui oppose classe dominante et classe dominée. De ce point de vue, le marxisme est bel et bien un universalisme puisqu'il affirme que le communisme sera profitable à tout le monde. Pour Chantal Mouffe, en revanche, il faudrait cesser de penser que les propositions que l'on défend sont bonnes pour toute la société. Elle privilégie donc une approche clairement relativiste : d'après elle, il n'y a pas et il n'y aura jamais d'intérêt général, il n'y a pas et il n'y aura jamais de revendications susceptibles de recevoir l'assentiment de tous. De ce point de vue, je trouve symptomatique que dans *Construire un peuple*, elle reproche au mouvement Occupy d'utiliser le slogan « nous sommes les 99 % » car elle considère qu'il ne reconnaît pas les divisions qui traversent nécessairement dans la société (37). Sur ce point, je crois qu'on peut être d'accord avec Íñigo Errejón qui, quant à lui, le revendique, en disant qu'il n'a pas tant une valeur statistique qu'une valeur performative parce qu'il interpelle une majorité très hétérogène pour l'unifier par opposition au 1 % de super-riches.

Communiqué de presse de la FNCS du mercredi 4 octobre 2017

La FNCS est heureuse d'annoncer l'élection du docteur Hélène COLOMBANI, Directrice de la santé de la commune de Nanterre, au poste de Présidente et de Céline LEGENDRE, Directrice adjointe de la santé de la commune de Saint-Ouen-sur-Seine, au poste de Secrétaire générale. Hélène Colombani qui fut secrétaire générale de la FNCS depuis 2011 succède au Dr Richard Lopez, qui a œuvré avec énergie et ténacité pour le renforcement des centres de santé en France durant 6 années.

Depuis sa création en 1954, la FNCS poursuit trois objectifs majeurs, qui entrent aujourd'hui plus que jamais en résonance avec l'actualité :

- faciliter l'accès de tous à des soins de qualité,
- privilégier une approche globale de la santé des personnes,
- allier le soin, la prévention et l'éducation pour la santé, et s'impliquer au niveau des territoires.

En fédérant les gestionnaires de centres de santé, la FNCS entend promouvoir l'exercice pluri-professionnel et salarié de la médecine, de la chirurgie dentaire et des soins paramédicaux au service de tous les patients. Comme son prédécesseur, le Dr Colombani portera la voix des gestionnaires des centres de santé qui sont de plus en plus nombreux partout en France, dans un contexte de crise de la démographie médicale. « *Notre objectif est de permettre aux équipes des centres de santé de faire un travail de qualité grâce à un cadre conventionnel et réglementaire adapté à la réalité des besoins de terrain.* »

Confortés dans leurs missions par la signature de l'accord national des centres de santé en 2015, les centres de santé sont, dans de nombreux territoires, de véritables remparts contre les inégalités de santé. Simplification du tiers payant, financement des actions de prévention, renforcement de la pratique d'équipe, développement des parcours professionnels, développement des centres de santé dans les déserts médicaux, mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé, amélioration des parcours ville – Hôpital... Autant d'enjeux prioritaires sur lesquels la FNCS s'impliquera aux côtés de ses partenaires.

Biographie du Dr Hélène Colombani, Présidente de la FNCS

Née le 22 avril 1963 à Lomé (Togo) le Dr Hélène Colombani s'est spécialisée en médecine Générale et en Santé Publique. En 1996 elle devient directrice de la Santé de la ville Nanterre. Elle prend en charge les centres de santé municipaux polyvalents et développe le service prévention, elle met en place des dispositifs de santé publique comme le Conseil local en Santé Mentale, l'Espace Santé Jeune, l'Atelier santé Ville et le Contrat local de Santé. En 2010 elle est lauréate, avec l'ensemble du service santé de la ville, du prix Jean-François Rey. Il récompense le travail réalisé depuis plusieurs années à Nanterre pour mettre en œuvre la politique de santé municipale au service de l'accès de tous aux soins de qualité et à la prévention. En 2011 elle devient Secrétaire Générale de la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS) organisation qui fédère les personnes morales qui gèrent les centres de santé, pour promouvoir, accompagner et représenter les centres de santé. Elle a représenté la FNCS à la CRSA d'Île de France et au bureau de la Conférence de territoire des Hauts de Seine. Depuis 2014 elle participe activement au réseau EFPC (European Forum for Primary Care), Actuellement elle préside l'Institut Jean-François Rey pour promouvoir la recherche en soins primaires dans les centres de santé. Tout au long de son parcours professionnel elle a œuvré pour une approche globale des soins primaires associant prévention et soins permettant de favoriser le bien-être et de lutter contre les Inégalité Sociales et Territoriales de Santé. À partir de son double parcours de médecin et de Santé Publique elle cherche à construire des pratiques professionnelles pour les soins primaires en lien avec la réalité des territoires.

Communiqué de presse Vaccination du 6 octobre 2017

Les sociétés scientifiques, médicales, paramédicales, les syndicats médicaux, tous signataires ci-dessous, soutiennent la politique en faveur de la prévention des maladies infectieuses mise en œuvre par le Gouvernement et la Ministre de la Santé.

Les onze vaccins de l'enfant qui deviendront obligatoires le 1^{er} janvier 2018 sont indispensables⁽²⁴⁾. Ils ne sont pas nouveaux. Dans le calendrier vaccinal en vigueur auparavant, trois étaient déjà obligatoires et huit fortement recommandés⁽²⁵⁾. 70 à 90 % des enfants étaient déjà vaccinés⁽²⁶⁾, mais c'est insuffisant. Une proportion, certes minoritaire, des enfants n'est pas protégée et met aussi en danger les autres, en particulier dans les collectivités. La plupart de ces vaccins protègent également de façon indirecte les sujets fragiles, les malades, les sujets âgés et les nourrissons trop petits pour avoir déjà reçu leurs propres vaccins. C'est parce que la vaccination est insuffisante que la France fait aujourd'hui partie des 6 derniers pays d'Europe à voir encore la rougeole circuler sur son territoire.

L'obligation vaccinale peut paraître une mesure excessive ; la plupart des pays du monde n'ont pas besoin de cela pour bien vacciner. En France, l'extension des obligations a été la seule solution que nos tutelles pouvaient retenir en raison du contexte spécifique français⁽²⁷⁾. La concertation citoyenne avait été unanime sur le caractère incontournable de la vaccination, et s'était prononcée dans ce sens. Il sera important que cette politique réussisse.

Les vaccins sont un des acquis majeurs de la médecine⁽²⁸⁾. Ils permettent de prévenir des maladies potentiellement sévères, de réduire la mortalité et le risque de séquelles, d'éviter des traitements lourds et

des souffrances inutiles. La vaccination est ainsi une technique médicale particulièrement efficace et bien tolérée. La vigilance vis-à-vis de ses exceptionnels effets indésirables est rigoureuse et transparente.

La France, pays des Lumières, est une des nations ayant le plus contribué à la découverte, le développement et la diffusion des vaccins. Il est donc paradoxal qu'elle soit, à présent, le leader de l'hésitation vaccinale. Le déni des avantages, les rumeurs et allégations sur de prétendus effets secondaires graves de la vaccination, les fausses informations, le « complotisme » ont envahi les réseaux sociaux et certains médias, influençant négativement la population. Parallèlement, l'expertise scientifique est dénigrée. Nous sommes dans le règne de la rumeur et non de la science⁽²⁹⁾.

Tout ceci serait sans importance si la santé de notre population n'était mise en danger. Les sociétés signataires se sont déjà exprimées ensemble ou séparément sur leurs craintes vis-à-vis d'une régression de la santé⁽³⁰⁾.

C'est pourquoi les sociétés signataires apportent leur appui à l'action du Gouvernement en faveur de la vaccination et s'engagent à l'accompagner à toutes les étapes de sa mise en place.

Les sociétés signataires souhaitent cependant que cette décision majeure s'accompagne d'efforts sans précédent en termes de communication, de pédagogie et de formation. Une mise à disposition sans faille des vaccins devra être aussi déployée dans le même temps.

Il sera important que l'action du gouvernement cible également la vaccination des adolescents, en particulier par le vaccin contre les infections à papillomavirus, ainsi que la vaccination autour de la grossesse et autour des personnes fragiles et vulnérables.

Cet effort en faveur de la vaccination sera long mais efficace. Nous serons à cet égard aux côtés du Gouvernement et de la Ministre de la Santé

24 Les 11 vaccins concernés sont ceux déjà recommandés et réalisés pour la majorité des enfants : DTP (Diphtérie-Tétanos-Polio, seuls obligatoires actuellement), Hib (Méningites à *Haemophilus influenzae* de type b), Coqueluche, Hépatite B, Pneumocoque, Meningocoque C, ROR (Rougeole Oreillons Rubéole).

25 Cf calendriers vaccinaux : <https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A11628>

26 La couverture vaccinale peut varier d'un vaccin à l'autre : ROR 80 %, DTP 90 % par exemple

27 La France est le seul pays du monde avec la Bosnie Herzégovine à avoir 41 % d'hésitants

28 http://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2017/08/01/comment-les-vaccins-ont-durablement-fait-reculer-les-maladies_5167442_4355770.html

29 http://www.lemonde.fr/sciences/article/2017/06/01/vaccins-science-ou-rumeurs-il-faut-choisir_5137277_1650684.html

30 Actions communes : Pétition commune de soutien à la vaccination Papillomavirus : avril 2014
Communiqués de presse : Soutien à la concertation citoyenne : 13 décembre 2016, Réaction à la recommandation du Conseil d'État du 8 février 2017 : 12 février 2017, Soutien aux obligations vaccinales : 26 juin 2017

C'est un enjeu de santé publique majeur pour les années qui viennent.

Personnalités cosignataires :

Pr Alain Fischer
Pr Philippe Sansonetti

Sociétés scientifiques, médicales, paramédicales et professionnelles signataires :

Académies :

- Académie Nationale de Médecine
- Académie Nationale de Pharmacie
- Académie des Sciences Infirmières

Gériatrie :

- Société Française de Gériatrie et Gérontologie

Gastro-Entérologie :

- Conseil National Professionnel d'Hépatologie - Gastroentérologie
- Société Nationale Française de Gastro-Entérologie
- Société Nationale Française de Colo-Proctologie
- Syndicat National des Médecins français spécialistes de l'Appareil Digestif

Gynéco Obstétrique :

- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
- Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale
- Collège National des Sages-femmes de France

Infectiologie Immunologie Vaccinologie :

- Réseau des Jeunes Infectiologues Francophones
- Société Française d'Hygiène Hospitalière
- Société Française d'Immunologie
- Société de Médecine des Voyages
- Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française
- Infovac
- Groupe indépendant d'experts en vaccinologie
- Mesvaccins.net

Infirmiers :

- Collège Infirmier Français
- Syndicat National des Professionnels Infirmiers

Internistes : Amicale des Jeunes Internistes

Pédiatrie :

- Association Française de Pédiatrie Ambulatoire
- Association Française de Promotion de la Santé dans l'environnement Scolaire et Universitaire

- Association des Juniors en Pédiatrie
- Association Nationale des Puéricultrices Diplômés et des Étudiants
- Collège National Professionnel de Pédiatrie
- Pédiatres du Monde
- Société Française de Pédiatrie
- Groupe de Pédiatrie Générale
- Groupe de Pathologie Infectieuse Pédiatrique
- Société Française de Néonatalogie
- Société Française pour la Santé de l'Adolescent
- Syndicat National des Médecins de PMI
- Syndicat National des Pédiatres Français

Pharmaciens :

- Cespharm
- Conseil de l'Ordre des Pharmaciens

Syndicats transversaux :

- Confédération des Syndicats Médicaux Français

La Fondation Gabriel Péri et Les cahiers de Santé publique
& de Protection sociale vous invitent au

COLLOQUE INTERNATIONAL

Le droit à une protection sociale pour tous les peuples

jeudi 23 et vendredi 24 novembre 2017
La Coupole de l'Espace Oscar Niemeyer
2, place du Colonel Fabien (entrée 6 av. Mathurin Moreau)
75019 Paris (Métro : Colonel-Fabien, ligne 2)

Entrée libre sur inscription nominative préalable : inscription@gabrielperi.fr

Programme

Jeudi 23 novembre

Matinée:

9 h 00 : Accueil

9 h 30 : discours d'accueil par **M. Alain Obadia**,
Président de la Fondation Gabriel Péri

9 h 40 : Introduction générale par le **Dr Michel Limousin**, rédacteur en chef des Cahiers de santé publique et de protection sociale: Définir ce que nous entendons par un droit à la protection sociale.

10 h 00 : Présentation des données internationales & diagnostic, par **Mme Valérie Schmitt**, Direction générale du département protection sociale de l'Organisation internationale du travail (Genève).

10 h 45 : questions de la salle / réponses de l'OIT

10 h 55 : pause café

11 h 15 : **Table ronde**

« **État des lieux: les éléments qui contrarient le droit à une protection sociale** », animée par **Mme Blandine Destremau**, directeur de recherche au CNRS.

Participants:

- **M. Jacques Rigaudiat**, ancien magistrat à la Cour des comptes: Financiarisation et dettes publiques.
- **Mme Sandra Lhotte**: Marchandisation.

- **Dr Omar Brix**, enseignant en santé publique: Pouvoir des organisations internationales sur les états.
- **M. Michel Cibot**, membre initiateur et animateur de l'AFCD RP (Association Française des Communes, Départements et Régions pour la Paix), Maires pour la Paix /France: Faire cesser les menaces qui pèsent sur le monde du fait des armes nucléaires (armes ultimes) et réduire les dépenses d'armement.
- **M. Fabrice Angéi**, membre du bureau confédéral de la CGT: Ubérisation contre salariat et travail non déclaré.

12 h 00 : échanges avec la salle

12 h 30 : repas (libre)

Après-midi:

14 h 15 : La protection sociale au Japon, par le **Dr Fujisue**, Président de Min-Iren.

14 h 45 : La protection sociale comme facteur du développement économique, par **M. Frédéric Rauch**, rédacteur de la revue Économie & Politique.

15 h 15 : pause café

15 h 30 : **Table ronde**

« **Les enjeux de la protection sociale** », animée par le **Dr Eric May**, Président du syndicat des médecins de centres de santé.

Participants :

- **M. Thomas Coutrot**, économiste : Les enjeux économiques
- **M. Richard Mass**, militant du Secours Populaire : Les enjeux sociaux.
- **M. Philippe Rio**, Président de l'Association des maires pour la Paix : Les enjeux de paix universelle.
- **M. Jean-Michel Galano**, professeur agrégé de philosophie : Les enjeux de dignité humaine.
- **Pr Emmanuel Vigneron**, Université de Montpellier : Les enjeux de réduction des inégalités sociales et territoriales

17 h 00 : échanges avec la salle

17 h 30 : fin de la première journée

Vendredi 24 novembreMatinée :

9 h 00 : Accueil

9 h 30 : discours d'accueil par **M. Michel Maso**, Directeur de la Fondation Gabriel Péri

9 h 35 : L'explosion des inégalités de fortune joue contre le droit à la protection sociale de tous les peuples, par **Mme Monique Pinçon-Charlot** et **M. Michel Pinçon**, directeurs de recherche honoraire CNRS.

10 h 00 : La protection sociale en Chine, par **Mme Atindehou Laporte**.

10 h 30 : La protection sociale au Maghreb, par le **Dr Belgacem Sabri**, ancien Secrétaire d'État à l'immigration et à l'intégration sociale de Tunisie, Président de l'Association tunisienne de la défense du droit à la santé.

11 h 00 : pause café

11 h 15 : Table ronde

« **Quels sont les points d'appui pour développer le droit à une protection sociale ?** »

animée par le **Dr Emmanuel Kosadinos**, psychiatre syndicaliste.

Participants :

- **Pr. Yannick Marec**, Université de Rouen-Normandie : Le mouvement social et la démocratie.
- **M. Eric Bocquet**, sénateur : La fiscalité.
- **Dr Eric May** : Les services publics.
- **Mme Blandine Destremau**, CNRS : Droits des femmes et protection sociale.
- **M. Amar Bellal**, revue Progressiste : Le développement scientifique et technique.

12 heures : échanges avec la salle

12 h 30 : repas (libre)

Après-midi :

14 h 00 : La protection sociale en Grèce à l'heure de la dette, par le **Dr Yannis Baskosos**, Secrétaire d'État de la santé publique de Grèce.

14 h 30 : La protection sociale en Afrique subsaharienne, par le **Dr Atchade**, médecin de santé publique.

15 h 00 : pause café

15 h 15 : Table ronde

« **Les axes stratégiques pour une extension du droit à une protection sociale pour tous les peuples** » animée par le **Dr Fabien Cohen**

Participants :

- **Dr Michel Limousin** : Présentation de la Déclaration d'Osaka 2015.
- **Dr Michèle Leflon** : Pour le droit à une prise en charge à 100 % en maladie.
- **Dr Omar Brixi** : Les risques de sous-médicalisation et surmédicalisation.
- **M. Bernard Thibault**, syndicaliste, membre du conseil d'administration de l'OIT : Les convergences.
- **Mme Catherine Perret**, membre du bureau confédéral de la CGT : Les axes de lutte.

16 heures : échanges avec la salle

16 h 30 : Synthèse & conclusions par le **Pr Alain Supiot** (Collège de France)

Réalisation, Impression :



Dépôt légal : août 2017

