



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°18
septembre
2015



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 CMS de Vitry-sur-Seine,
M. Amar BELLAL, Professeur agrégé, Rédacteur en chef de Progressistes,
Pr. 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, 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 adjoint d'hôpital universitaire, Membre du Collège Exécutif et responsable des questions de santé et protection sociale du PCF,
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} Nathalie MARCHAND, Syndicaliste hospitalière à l'APHP,
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 Xavier VUILLAUME.

Comité de lecture :

D^r Paul CESBRON, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil,
D^r Jean-Victor KAHN, Chirurgien-dentiste,
D^r Michèle LEFLON, Médecin hospitalier, Vice-Présidente de la Région Champagne-Ardenne,
D^r Éric MAY, Médecin Directeur du CMS de Malakoff, Président de l'Union syndicale des médecins de centres de santé.

SOMMAIRE

Éditorial:

La cause profonde de la crise de la protection sociale Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
---	--------

Articles:

Pour un réseau de solidarité et de résistance en santé mentale en Europe Constats et réflexions au terme d'un voyage en Grèce Par les D ^{rs} Jean-Pierre Martin et Emmanuel Kosadinos	Page 10
Une politique de Santé pour les régions et les territoires, la territorialisation : une donnée politique forte Par le D ^r Fabien Cohen, membre de la Commission nationale santé protection sociale du Pcf	Page 19
Communication pour le colloque du 10 octobre 2015 de Min-Iren à Osaka En Corée du Sud, le gouvernement de Park Geun-hye, c'est privatisations et dérèglementations dans le domaine de la santé Par le D ^r Woo Seok-kyun	Page 26
Communication pour le colloque du 10 octobre 2015 de Min-Iren à Osaka La Sécurité sociale : un droit humain pour résister au néolibéralisme. Par le D ^r Mamoru FUJITSUE, Président de MIN-IREN	Page 36
Communication pour le colloque du 10 octobre 2015 de Min-Iren à Osaka Le néolibéralisme agit contre la santé et la protection sociale en France Par le D ^r Michel Limousin	Page 41

Le dossier: la Sécurité sociale

1945, la création de la Sécurité sociale Par le P ^r Yannick Marec	Page 47
Refonder la sécurité sociale à partir de son financement Par Frédéric Rauch, rédacteur en chef d'Économie et Politique	Page 56
A propos de l'universalité de la Sécurité sociale Par le D ^r Michèle Leflon, Vice-Présidente de la région Champagne-Ardenne	Page 58
La protection sociale face à la transition épidémiologique et à la transition démographique Par le D ^r Alain Brémaud	Page 60

Les brèves des Cahiers Page 62

Les notes de lecture

« Ma vérité sur l'affaire Vincent Lambert » Eric Kariger, Paris, Bayard Culture, 2015,
161 pages, collection Essais Documents par M^{me} Viviane Renault, docteur en histoire Page 65

« Jean-François Rey, Penser la santé, Recueil de textes » ouvrage dirigé par Michel Limousin,
Éditions Le Temps des Cerises, 244 pages Page 66

Le courrier des lecteurs Page 69

Documents

Le tiers-payant, quel est l'enjeu ?
Par le D^r JF Rey Page 72

Éditorial

La cause profonde de la crise de la protection sociale

La création de richesses n'a jamais été aussi importante qu'aujourd'hui. Et pourtant l'ensemble des systèmes de protection sociale du monde entier est en crise. C'est une contradiction inouïe. Nous sommes arrivés au stade où l'idée-même de progrès social est considérée par les chantres de la nouvelle idéologie comme une incongruité.

Pourquoi en sommes-nous arrivés là ? Quelle est la cause profonde de la crise de financement des systèmes de protection sociale ?

C'est le nouveau rapport du Crédit suisse sur la richesse dans le monde qui l'écrit : « *La part des grandes fortunes atteint un niveau jamais vu depuis presque un siècle* ». L'économiste Angus Deaton se voyait décerner il y a quelques jours le prix de la banque de Suède en sciences économiques (Prix Nobel) pour ses travaux sur la consommation. Son dernier ouvrage – *La Grande Évasion : santé, richesse et les origines de l'inégalité* – insiste notamment sur les inégalités qui se creusent dans le monde. Les inégalités sociales et territoriales que nous constatons depuis plus de vingt ans ne cessent de s'amplifier : 1 % des habitants les plus riches dans le monde concentrent entre leurs mains 50 % de la richesse mondiale, estimée à 250 000 milliards de dollars. Ils ne possédaient que 48 % de la richesse mondiale, il y a quelques années, au début du 21^{ème} siècle. Nous reculons et c'est le 19^{ème} siècle qui nous est promis, siècle sans protection sociale, il va de soi. À l'extrême pointe de la pyramide, ils sont 120 000 possédant une fortune de plus de 50 millions de dollars : les super-riches. Et les millionnaires, situés en dessous de ce seuil de 50 millions, s'ils constituent 0,7 % de la population mondiale, ne possèdent ensemble pas moins de 45,2 % de la richesse mondiale. « *Le mouvement s'est renversé depuis 2008 et cette nouvelle hausse amène la part des plus grandes fortunes à un niveau jamais observé depuis 2000 et possiblement jamais vu depuis presque un siècle* », écrit le Crédit Suisse. Notre annonce du 19^{ème} siècle n'est donc pas exagérée ! Les États-Unis restent le pays marqué par la plus forte concentration de richesses. À eux seuls, ils totalisent 37 % de la richesse mondiale. Mais les grandes fortunes chinoises, portées par la bulle financière et boursière, ont aussi beaucoup profité ces dernières années. Ils représentaient 8 % des millionnaires mondiaux, avant éclatement de la bulle chinoise. En somme, dans

un pays, plus il y a de pauvres, plus il y a de riches... Ailleurs, compte tenu des variations monétaires (hausse du dollar par rapport à nombre d'autres devises) et des désordres économiques, les effets sont plus contrastés. L'Europe, en raison de la chute de l'euro, a vu s'effacer ainsi 10 000 milliards de dollars de richesses, l'Asie-Pacifique, quelque 5000 milliards : ce sont les travailleurs qui ont payé la facture. L'accaparement par le capital des ressources dédiées à la protection sociale prend ici tout son sens.

Ces changements soulignent combien les grandes fortunes sont essentiellement liées à la finance. Les actifs financiers (actions, obligations, fonds) représentent entre 75 % et 87 % des avoirs des 10 % les plus riches. La financiarisation de l'économie n'est donc pas une vue de l'esprit. Cela confirme bien l'idée que lutter pour la protection sociale et lutter contre la financiarisation sont des actions indissolublement liées. Après avoir enregistré un recul de leurs richesses au moment de la crise de 2008, les millionnaires voient leur fortune exploser depuis comme l'a souligné Martine Orange dans Médiapart le 15 octobre.

Les classes moyennes et les plus pauvres, en tout cas, ne paraissent guère profiter de la politique monétaire de taux zéro de la nouvelle présidente de la FED américaine, Janet Yellen comme le note le rapport de Crédit Suisse. La richesse des classes moyennes a progressé à un rythme bien moins soutenu que pour les grandes fortunes, « *renversant la tendance d'avant la crise qui avait vu la part de la richesse des classes moyennes restée stable dans le temps* », relève-t-il. Après avoir appris sa nomination au prix Nobel, Angus Deaton s'est vu demander par ses collègues de l'Université de Princeton ce qui le souciait le plus à l'avenir. « *Les inégalités ont dépassé le point où cela nous aide pour devenir riches et constituent désormais une sérieuse menace. Je suis préoccupé de voir un monde dans lequel les riches ont le pouvoir d'écrire les règles que le reste d'entre nous doit suivre* », a-t-il répondu. Sans doute pense-t-il aux traités TAFTA et TPP par exemple.

On pourrait compléter l'analyse en disant que la financiarisation s'accompagne de la désindustrialisation et que les richesses réelles commencent à faire défaut ; le travail qui permet la création de ces richesses est en panne provoquant chômage, baisse

des niveaux de vie et baisse des ressources nécessaires à la protection sociale. Avec l'idéologie néolibérale, le capitalisme semble avoir oublié que c'est le travail qui crée les richesses, et que ce qui fournit le travail, c'est l'être humain. Ainsi l'homme ne serait plus nécessaire et la protection sociale serait ipso facto inutile. Cette contradiction majeure annonce des temps qui seront cataclysmiques et l'effondrement des protections sociales n'en sera pas le moindre symptôme.

Peut-on alors imaginer une prise de conscience internationale qui puisse dire, dans le monde entier : « stop ! » ?

D^r Michel Limousin,
Rédacteur en chef

Prochains dossiers à paraître :

- Numéro de Décembre 2015 : **Santé/environnement** suivi par le D^r A. Brémaud
- Un numéro en 2016 : **Place des femmes dans la protection sociale.** Dossier suivi par M^{me} B. Destremau

Articles

Pour un réseau de solidarité et de résistance en santé mentale en Europe Constats et réflexions au terme d'un voyage en Grèce

Par les D^{rs} Jean-Pierre Martin et Emmanuel Kosadinos

NDLR : les D^{rs} Martin et Kosadinos sont psychiatres des Hôpitaux, Anciens Chefs de Secteur, membres du Conseil National de l'Union Syndicale de Psychiatrie (USP), du Comité Européen Droit Éthique et Psychiatrie (CEDEP) et du Collectif « Solidarité France Grèce pour la Santé »

La motivation de notre voyage en Grèce a été double : d'une part, rencontrer physiquement ces collectifs grecs pionniers engagés dans la résistance à l'austérité - les Dispensaires Solidaires Sociaux et les autres structures autogérés - en leur apportant une solidarité concrète, prendre contact aussi avec des équipes grecques de soins psychiatriques et des acteurs syndicaux à l'hôpital psychiatrique de Dafni, et d'autre part, mettre en perspective une possible constitution d'un Réseau solidaire orienté vers les pratiques de résistance en santé mentale. Les rencontres ont montré l'importance de cette présence physique, vécue comme essentielle par toutes et tous.

Psychiatrie, santé mentale et mouvement désaliéniste dans la Grèce des mémorandums

La rencontre avec des acteurs (soignants, militants syndicaux, personnalités engagées) et des lieux de soins psychiatriques permet d'établir un état des lieux. Le psychiatre Yannis Papadopoulos (Chef de secteur à Dafni) a esquissé pour notre information les étapes de la réforme de la santé mentale en Grèce.

La première phase démarre à la fin des années 70 avec la mobilisation européenne contre les conditions inhumaines qui régnaient à l'époque à l'asile psychiatrique de Leros : il s'agissait d'un véritable lieu de relégation de patients psychiatriques « indésirables » sur une île aux confins de la mer Égée, également lieu historique d'exil des dissidents politiques. Cette mobilisation a abouti à la fermeture de la majeure partie des places de cette « institution », à l'hébergement de ses pensionnaires dans des structures d'hébergement protégé en ville et à la création de quelques petits pavillons sur place pour accueillir un petit nombre restant.

La seconde phase se définit par la mise en place d'un cadre juridique et administratif qui ambitionne d'intégrer un certain modèle de psychiatrie de Secteur, les

recommandations d'experts internationaux et la mise en place d'une offre de soins psychiatriques au dehors de l'hôpital psychiatrique : un cadre pour la santé mentale a été instauré par une première loi votée en 1992, amendée plusieurs fois. La tendance nationale a été la fermeture de lits dans les hôpitaux psychiatriques et le déport des soins vers les hôpitaux généraux, les unités de soins ambulatoires et des structures de postcure. Parmi les structures extrahospitalières certaines dépendent administrativement des hôpitaux et d'autres de « Sociétés à but non lucratif » (Associations, ONG). Il y a, dans le cadre du Système public de soins, dix Centres de Santé Mentale, implantés à Athènes, au Pirée et dans leurs banlieues, offrant des soins pluridisciplinaires en psychiatrie adulte et infanto-juvénile. Ce dispositif est insuffisant pour une région qui a près de 4 millions d'habitants et reçoit aussi des patients en provenance d'une grande partie du pays. Le dispositif n'a donc jamais assuré la continuité de la prise en charge des patients, malgré les efforts déployés, nous ont assurés nos interlocuteurs psychiatres. Le vrai moteur pour la mise en place en Grèce du secteur psychiatrique a été, selon le Docteur Papadopoulos, le financement européen, l'Etat étant défaillant sur le plan de l'initiative politique et pour les financements. Les financements (75 %) par les fonds européens dans le cadre de plans successifs pluriannuels spécifiques, dédiés à la Santé Mentale, sont assortis d'évaluations périodiques qui marquent respectivement leur arrivée à terme. L'Etat grec est censé par la suite prendre le relai du financement mais les moyens du budget de la Santé sont très faibles. Les questions donc de l'avenir, de la continuité et de la qualité finale de ces projets, sont toujours présentes, et davantage aujourd'hui, avec une acuité dramatique.

L'étape actuelle du système grec de Santé Mentale est marquée par les effets des mémorandums d'austérité imposés à la Grèce par ladite « Troïka » et par le

projet des autorités nationales, supervisées par l'UE, d'étendre un système gestionnaire, bien verrouillé, orienté par les préoccupations budgétaires. En effet, un mémorandum spécifique à la Santé Mentale a été signé en 2013 entre le Commissaire européen aux affaires sociales László ANDOR et le ministre grec de la Santé. Ce texte prévoit la fermeture de tous les hôpitaux psychiatriques à la fin de l'année 2015. Dans ce texte laconique de 1500 mots, qui invoque maladroitement et en guise de cache-misère le principe d'une psychiatrie hors les murs de l'asile, il n'y a aucune prévoyance explicite pour le sort des soignants et encore moins des patients qui sont sommés de quitter l'hôpital par des procédures accélérées. Aujourd'hui 3 hôpitaux psychiatriques (2 à Athènes et 1 à Thessalonique) sont encore en fonctionnement, dont Dafni, mais leur avenir est bien compromis.

L'application de l'austérité porte gravement atteinte aux dispositifs de soins et occasionne la multiplication de patients psychiatriques aux besoins desquels le système n'apporte pas de réponse, réduits à l'état d'errance médicale, voire sociale. Ces dernières années les hospitalisations sous contrainte se multiplient (autorisation préalable du juge requise) car les pathologies psychiatriques s'aggravent avec l'insuffisance des soins. Il n'y a pas de réelle formation spécifique aux métiers de la psychiatrie et il n'y a plus de recrutement de personnels. Pour le docteur Papadopoulos, les Dispensaires Sociaux sont aujourd'hui nécessaires pour pallier aux carences manifestes et profondes du système.

Dans ce cadre budgétaire asphyxiant, la question de la participation des patients et de la société aux décisions qui concernent la Santé Mentale ne doit pas être considérée secondaire. Ainsi, les Conseils locaux de santé mentale (appelés en Grèce Comités de Secteur de santé mentale), se sont inscrits dans les programmes des partis de gauche. Prévus par la loi de 1992, ils ont réellement commencé à se constituer en juillet 2015 avec le premier gouvernement SYRIZA. Nommés par décrets ministériels, les membres de ces Comités sont essentiellement des médecins avec la participation ultra-minoritaire d'une seule association d'usagers. Le mouvement social n'y est pas représenté et ces conseils n'ont à ce jour joué aucun rôle déterminant. Des associations de patients cependant existent, plus anciennes ou récemment créées, dont celle des « Entendeurs de voix ». Certaines d'entre elles ont organisé, après la mise en place du gouvernement SYRIZA, une occupation symbolique pacifique du Ministère de la Santé.

L'hôpital psychiatrique de Dafni, lieu chargé d'histoire, de controverses, de pratiques différentes, subit aujourd'hui les conséquences de ces politiques d'austérité. La rencontre avec des soignants de 2 services différents et avec le syndicat des salariés de l'Établissement permet d'appréhender l'état actuel des lieux. Elle nous a également donné l'occasion d'évoquer avec toutes les personnes le projet de création d'un réseau européen de solidarité et de résistance en santé mentale, avec la participation d'acteurs du soin psychiatrique grecs et français et des personnalités du mouvement européen, notamment italien, de désinstitutionalisation psychiatrique. L'idée a été accueillie favorablement et suscité beaucoup d'intérêt. L'espace de l'Hôpital psychiatrique de Dafni pourrait accueillir des manifestations en relation avec une telle initiative. Il est le premier à affirmer son intérêt pour notre projet d'un réseau de psychiatrie solidaire France-Grèce, et pense qu'il pourrait s'élargir à d'autres pays comme l'Italie.

A Dafni, une unité d'hospitalisation typique comprend 40 patients pour 25 places. Le ratio type soignants/lits d'hospitalisation paraît peu différent de celui d'un service parisien, mais le surembourcement réel impacte la qualité des soins et les conditions de travail des soignants. Une différence notable est l'absence de chambres d'isolement, mais aussi l'absence de tout recrutement depuis 5 ans. Les ASH ont disparu (départs non remplacés) et de ce fait les infirmier(e)s et aides infirmier(e)s sont chargé(e)s des tâches hôtelières, en plus des soins. Il n'y a pas d'activités thérapeutiques régulières de socialisation, ni de professionnels paramédicaux, en dehors de quelques psychologues. La discussion avec nos interlocuteurs porte autour de l'ouverture des portes et des liens avec les structures extérieures, ces deux thèmes montrant une continuité des thématiques avec celles de l'hôpital psychiatrique partout en Europe. Nos interlocuteurs nous ont fait part de leurs doutes quant à la possibilité s'assurer des soins totalement ouverts.

Au moment de notre visite il n'y avait qu'un seul patient « en isolement » à Dafni, auteur d'un meurtre sauvage dans les lieux de l'Hôpital. Nous avons été informés par des sources psychiatriques extérieures à l'Hôpital que des patients agités sont assez souvent contenus, le sujet n'ayant pas été abordé au moment même de la visite. Deux jours après, un incendie s'est déclenché à proximité d'un lieu où se trouvaient des patients chroniques et trois patients sont décédés. Ce gravissime accident a fait paraître dans des médias grecs la polémique autour de l'Hôpital Psychiatrique,

présenté de manière négative et caricaturale. Le syndicat des salariés voit dans cette médiatisation la tentative pour dénigrer l'outil de travail des soignants et met l'accent sur le manque cruel de moyens et de personnel mettant en péril la sécurité des patients et des salariés.

Il n'y a plus que des actes techniques dans les Services d'hospitalisation : prescriptions d'ordonnances et distribution de médicaments. Les prescriptions médicales sont sous surveillance depuis l'application en Grèce du mémorandum et les médecins sont obligés de respecter des quotas. Le service que nous avons visité a un dispensaire au centre d'Athènes pour qu'une certaine continuité de soins soit assurée.

Les médecins de Dafni connaissent, bien entendu, l'existence des dispensaires sociaux autogérés, ils nous précisent toutefois que le Système Public de Santé, ne peut avoir de liens officiels avec ces structures. Il est dit que, compte tenu de la situation sociale des patients accueillis, l'hôpital de Dafni tout entier pourrait être considéré comme un « Hôpital social » ; pour illustrer le propos ils nous relatent des cas où les soignants se cotisent pour subvenir collectivement aux besoins matériels des patients. Ils nous informent qu'un dispensaire social fonctionnerait dans l'enceinte de l'hôpital universitaire « Attiko », situé à proximité relative de Dafni.

Dafni, poids lourd de l'institution psychiatrique grecque, a aussi porté des espaces dans lesquels se sont développées des pratiques et des contenus de soins émancipatoires et alternatifs, des pratiques à finalité humaine, notamment d'ouverture de l'asile, de rapprochement des soins vers la communauté, de thérapies institutionnelles. Le Département « 9 » a été historiquement un de ces espaces. Son équipe médicale actuelle poursuit la politique des portes ouvertes au niveau de l'unité d'hospitalisation. L'équipe infirmière que nous avons rencontrée évoque l'allègement des tensions suite à l'ouverture des portes. On nous parle également d'une expérience de liberté dans le soin, des liens avec le dispensaire et le foyer de postcure, faisant partie du dispositif du Secteur. L'équipe infirmière n'est toutefois pas associée aux entretiens avec les patients ni avec les familles qui sont vues par les seuls médecins. Les familles des patients sont reçues par les infirmier(e)s uniquement à l'admission et la sortie du patient. Mais, dans les structures extrahospitalières les équipes infirmières sont associées aux soins à plus de niveaux.

Lors de notre rencontre avec le médecin-chef nous avons abordé la plupart des aspects de la Santé Mentale en Grèce. Le Docteur Papadopoulos a souligné que la polémique sur les rôles respectifs du secteur public et de l'associatif dans la réalisation des réformes en Santé Mentale en Grèce, est nuisible car les arguments avancés sont parfois réducteurs et partisans. Le type de gestion, les statuts et les conditions de travail sont bien différents dans les deux cas mais, selon lui, il n'y a pas plus de mérites du public face à l'associatif et vice versa, tant au niveau de la qualité des soins que de leurs coûts. Malgré l'instauration législative du Secteur psychiatrique en Grèce depuis plus de 20 ans, il n'y a toujours pas de réseau national du soin psychiatrique, la sectorisation n'étant que partiellement mise en œuvre.

La rencontre avec les militants du syndicat unitaire des salariés de l'Hôpital Psychiatrique d'Athènes – Dafni était inscrite à l'avance dans notre agenda tant à cause de son rôle dans une série de mobilisations locales ou plus larges qu'à cause de contacts déjà établis entre ce syndicat et le Collectif « Solidarité France Grèce pour la Santé ».

La discussion s'est déroulée autour des sujets de la casse des services publics, de la protection sociale, de l'accès aux soins et des droits fondamentaux par les politiques d'austérité en Europe. Parmi les différentes sensibilités politiques représentées dans le syndicat il y a consensus quant aux effets sur les soins psychiatriques et la santé mentale des populations des politiques néolibérales. La situation est particulièrement dramatique en Grèce. C'est toutes les organisations de soins ouverts à tous qui sont remises en cause ainsi que leurs pratiques créatives et les effectifs des équipes soignantes. On affirme que la Santé mentale dans l'UE est réduite à un prêt à porter déterminé par la concurrence entre services privés et publics. Issus de professions différentes, les militants syndicaux se retrouvent avec tous les salariés dans les luttes contre les politiques néolibérales, les privatisations et l'austérité.

Un état des lieux plus détaillé des luttes syndicales nous est fait par Yannis Kourmoulakis, secrétaire du syndicat. L'établissement emploie 1500 salariés, dont 100 à 200 participent activement aux mobilisations, fraction non négligeable dans un contexte de pression exercée par l'administration et d'insécurité matérielle dans la crise. Aujourd'hui le premier risque pour le syndicalisme vient d'un projet de loi supporté par les tuteurs européens de la Grèce : limitation du droit

de grève par le vote préalable de 50 % +1 des salariés d'une entreprise ou lieu de travail pour qu'elle soit légale. Ceci aurait comme conséquence l'élimination du rôle des syndicats et, plus largement, la réduction des droits syndicaux. Le gouvernement Tsipras, engageant sa signature sur « l'application des meilleures pratiques européennes », formule vague et à connotation plutôt néolibérale, reste attentiste sur ce sujet. L'an dernier il y a eu une grande mobilisation contre la fermeture de l'hôpital décrété par la « Troïka », avec un concert qui a réuni 2000 citoyens solidaires autour de l'Hôpital. Depuis plus de deux ans maintenant la lutte syndicale dans la fonction publique se concentre aussi sur un autre point : celui de « l'évaluation » des fonctionnaires, mesure dont l'objectif avoué est de réduire le service public. Dada des néolibéraux sous toutes les latitudes, ladite évaluation dévoile sous le soleil grec son vrai visage : les résultats sont anticipés selon des quotas « 15 %-70 %-15 % » pour répartir les fonctionnaires en « susceptibles de promotion », « stagnants » et « licenciables ». Une fiche d'évaluation a été adressée à chaque agent qui était censé la remettre au médecin-chef de service. La majorité des chefs de Service de l'Hôpital Dafni avaient accepté de collaborer et de remplir les fiches des agents. 1200 salariés, dont une minorité de médecins, ont réagi en déposant les fiches au syndicat. Il s'agit d'un acte de désobéissance civile. Le même type de réaction s'est manifesté massivement dans plusieurs sections de la fonction publique. Dans l'administration locale le mouvement a été encouragé par nombre d'élus locaux de gauche qui ont encouru, sous les gouvernements de Droite-PASOK, des sanctions individuelles et des sanctions financières pour leurs collectivités. Au niveau de l'Hôpital Dafni les infirmiers ont aussi refusé de faire des transferts d'établissement médicalisés sans la présence de médecins.

Yannis fait aussi partie d'un comité, auprès du Ministère de Santé, pour le suivi du respect des droits des patients. Il pense que les luttes des dispensaires sociaux autogérés rejoignent les luttes syndicales des soignants, les deux mouvements ayant pour objectif la protection du Service public et la qualité et gratuité des soins pour tous les patients, aux antipodes des mouvements corporatistes.

Le mouvement pour l'émancipation des patients psychiatriques ne se cantonne pas aux grosses structures de soins mais, depuis plusieurs années, pénètre progressivement l'ensemble de la société grecque. Pour échanger sur la progression des idées désaliénistes, nous nous sommes entretenus avec la Docteure Katerina

Matsa, rédactrice en chef de la revue « Tetrada Psychiatrikis » (« Cahiers de Psychiatrie »), auteure, psychiatre retraitée, intervenante volontaire dans plusieurs dispensaires sociaux solidaires.

L'état des lieux qui nous est présenté est bien déprimant. Selon elle, les psychiatres grecs dans leur majorité se plieraient aux oukases de la « Troïka », les expériences de travail collectif seraient en plein recul, les préoccupations sécuritaires de retour en force, la substitution de la parole par les prescriptions médicalementes le choix dominant. Pour illustrer ses propos elle évoque la banalisation de la contrainte et de la contention des patients dans les grandes unités de soins. Si l'hospitalisation sous contrainte est soumise (depuis toujours en Grèce) à la décision d'un magistrat, la contention physique (pratiquée dans tout espace de soins) est soumise à la décision uniquement des soignants. Les réductions de personnels ont pour résultat que les patients sous contention ne sont pas particulièrement surveillés et que la violence s'amplifie dans les services. Cette situation porte directement atteinte aux droits des patients. Dans l'ensemble, le développement institutionnel de la psychiatrie grecque reste déterminé par les orientations politiques et budgétaires de Bruxelles. Exemple détonnant de cet état des choses, la fermeture imminente des 3 hôpitaux psychiatriques restants, décrétée par « Troïka » pour des raisons uniquement budgétaires.

Pour cette figure de proue du mouvement désaliéniste grec, les avancées réelles au niveau des pratiques soignantes émancipatrices se sont développées ces dernières années au sein du mouvement des dispensaires sociaux autogérés, lieux de résistance et de solidarité où la fonction d'accueil, portées par des volontaires engagés. Elles constituent un premier rempart contre la déprime imposée par les politiques dominantes et contre l'éclatement de la perception du monde chez les sujets induit par le mode de vie consumériste et par son pendant inéluctable, la paupérisation. La fonction d'accueil et d'écoute n'est pas remplie aujourd'hui par les Centres de Santé Mentale existants du système de santé, ce système étant de plus en plus orienté vers une approche gestionnaire du soin. La Docteure Katerina Matsa cite un patient disant à propos des dispensaires sociaux : « ici, je me suis écouté ». Elle évoque aussi l'expérience d'un dispensaire solidaire où l'accueil des personnes se fait individuellement dans un espace commun. Cette expérience peut paraître à certains comme hérétique ; ce qui nous est transmis, c'est que chez les patients accueillis il y a un effet de soulage-

ment et la rupture du cercle de la solitude, dans lequel beaucoup d'entre eux ont été enfermés par les effets personnalisés de la crise.

Les dispensaires solidaires sociaux

La visite de deux dispensaires solidaires sociaux, en banlieue du Pirée (Korydallos), et sur la municipalité de Péristéri nous a permis de restituer les points de départ et de développement de cette nouvelle forme de résistance, qui a vu le jour dans la Grèce de la crise et des mémorandums.

Le dispensaire social de Péristéri (ville populaire d'environ 200 000 habitants dans la banlieue d'Athènes), est ouvert depuis 3 ans dans une maison mise à disposition par un particulier solidaire. Sa création a été inspirée par la création en Crète en 2009 (avant la crise) du premier dispensaire solidaire. Il reçoit des personnes en rupture de sécurité sociale, pour cause de chômage (le maintien des droits ne dure que 2 ans après la perte de l'emploi), pour cause de faillite et d'impossibilité de régler les cotisations sociales pour des indépendants précarisés (petits commerces, artisans, et professions libérales). Il reçoit aussi des personnes assurées mais dans l'impossibilité de payer le restant à charge pour les consultations et les ordonnances, restant à charge augmenté depuis l'application des mesures d'austérité, enfin l'ensemble des précaires et des sans-papiers.

Le fonctionnement du dispensaire social de Péristéri se décide en autogestion par les volontaires engagés, professionnels de santé ou simples citoyens, éventuellement des anciens bénéficiaires des soins offerts. La responsabilité du soin et de l'action militante est partagée. Les décisions sont prises par une assemblée mensuelle. C'est ici un véritable lieu d'accueil, un projet citoyen qui tente de pallier aux insuffisances d'un Système Public de Soins sans moyens par l'engagement et la mise en perspective d'une alternative sociétale. Les préoccupations concrètes sont souvent au centre de la vie de ces structures, ainsi des échanges de médicaments sont pratiqués avec d'autres dispensaires autogérés et même avec la pharmacie municipale (censée avoir ses propres sources d'approvisionnement) et contribuent à la création de liens fonctionnels et affectifs transversaux.

L'intitulé « dispensaire social » est utilisé dans la Grèce de la crise par grand nombre de structures offrant des soins aux plus démunis. Mais, des dispensaires « sociaux » gérés par des municipalités, l'Église Orthodoxe ou des intérêts privés se limitent à une

offre strictement médico-pharmaceutique, soumise souvent à la condition d'une vérification exhaustive de documents. Ceux-là n'organisent pas d'échanges entre les intervenants, ni avec les usagers, ni entre structures, et ils ne revendiquent pas le droit de toutes et tous à la Santé. Ainsi lorsque nous faisons référence aux « dispensaires » ou aux « dispensaires sociaux » sans autres qualificatifs, il s'agit bien des Dispensaires et Pharmacies Sociaux Solidaires, militant pour le droit à la santé et pour les droits sociaux et civiques en général, offrant sans discriminations des soins et autres services à toutes les personnes qui s'y adressent, animés par des militants volontaires qui décident en autogestion de la vie et des actions des dispensaires, hors de toute influence des institutions ou des acteurs du marché. Il existe aujourd'hui en Grèce 52 Dispensaires et Pharmacies Sociaux Solidaires.

Les actions organisées par le « Dispensaire et Pharmacie Sociale Solidaire » - DPSS – de Péristéri ciblent la solidarité sanitaire et alimentaire : collectes alimentaires dans les supermarchés et distribution auprès de personnes en ayant besoin, collectes de médicaments auprès des pharmaciens solidaires et d'autres citoyens. Le DPSS s'est mobilisé avec les autres dispensaires contre les actions répressives du Conseil de l'Ordre des médecins (allégations de concurrence déloyale ou de non-respect des normes) et de la police (dénonciations calomnieuses de détention illicite de stupéfiants) à l'égard de certains dispensaires et le front de lutte ainsi constitué a été victorieux. Le dispensaire participe à la Coordination des Dispensaires Solidaires Sociaux de la région d'Athènes et à la Coordination Nationale, qui se réunissent régulièrement pour organiser la mise en commun de moyens et décider des actions à mener. Il coopère aussi avec l'association « Solidarité pour Tous », participe aux actions citoyennes pour des revendications civiques et sociales, au mouvement de soutien aux réfugiés, et à l'organisation de campagnes d'offre de soins et de distribution de produits de première nécessité aux réfugiés transfrontaliers. Le soutien des autorités municipales à un dispensaire social n'est pas en soi signe de dépendance ni d'altération de son caractère militant et nombre de dispensaires en bénéficient. Ce n'est pas le cas du DPSS de Péristéri, malgré le fait que la municipalité, où il se trouve implanté, ne manque pas de moyens, qu'une majorité stable siège la Mairie depuis 2002 et que d'autres projets sanitaires ont été accompagnés par la Mairie (notamment la création d'un Centre de Santé Public, le premier en territoire urbain en Grèce).

Les intervenants du DPSS de Péristeri pensent que la question de la précarité psychique est centrale dans la Grèce des mémorandums. Le DPSS de Péristeri reçoit des personnes nécessitant des soins psychiatriques au long cours, indisponibles dans les unités compétentes (centres de santé mentale, consultations spécialisées des hôpitaux) qui sont débordées par l'importance de la demande, le manque de personnel et les tâches administratives additionnelles (fréquence et contrôles des prescriptions), imposé au système de Santé par le régime des mémorandums. Il est d'ailleurs intéressant de noter ici qu'un Centre public de Santé Mentale (parmi les dix de la région de la capitale) se trouve implanté sur le territoire de la municipalité.

Le psychiatre volontaire du DPSS de Péristeri décrit les difficultés rencontrées par les praticiens de Santé Mentale dans leur travail aux dispensaires : les problématiques des patients rencontrés sont complexes et souvent graves et l'intervention du psychiatre se limite souvent à la prescription médicamenteuse, avec des difficultés à joindre d'autres intervenants s'occupant d'un patient. Le dispensaire reçoit beaucoup de patients qui ont décroché du suivi psychiatrique. Le nombre de suicides s'est considérablement accru depuis 2010. Le retour qu'il reçoit cependant des patients est très encourageant : la majorité d'entre eux reconnaissent la différence portée par le DPSS au niveau de l'accueil au quotidien. C'est bien ce retour qui soutient notre collègue dans sa tâche, partagée entre le DPSS et un autre lieu, intéressant mais tout aussi exigeant, la structure « ouverte » d'addictologie pour personnes en prison, à 80 km d'Athènes, où il impulse en permanence les principes du vrai travail en équipe. Notre collègue se déclare intéressé par le projet d'un réseau européen.

Le deuxième dispensaire que nous avons visité se situe dans la banlieue du Pirée, sur le territoire de la municipalité de Korydallos. Il a ouvert il y a 2 ans et demi avec l'aide du dispensaire d'Ellinikon. Il fonctionne sur deux étages dans des espaces aménagés en centre médical, dans l'immeuble des services sociaux de la municipalité. Au-delà de l'utilisation des locaux, cédés gracieusement, il n'y a aucun lien administratif du dispensaire avec la municipalité.

Le DPSS du Pirée-Korydallos est autogéré par les volontaires, professionnels de la santé ou simples citoyens. Les effectifs en professionnels volontaires sont importants : 5 médecins généralistes, 14 dentistes, 1 cardiologue, 1 psychiatre, des infirmières, des psychologues et des orthophonistes. Depuis sa création, 3479

personnes y ont consulté. Les personnes qui consultent sont en rupture d'assurance maladie, ou dans l'incapacité de payer le restant à charge, en provenance des mêmes groupes sociaux que ceux qui s'adressent au DPSS de Péristeri. Les soins dentaires occupent une place importante et se développent constamment pour s'étendre à des types de soins dont même les personnes assurées ne bénéficient pas de la part des praticiens conventionnés et des structures officielles. Les matériaux consommables sont accessibles grâce aux dons solidaires, en espèces ou en nature, mais les besoins ne sont pas toujours satisfaits, notamment pour les appareillages et les prothèses. Les médicaments, abondamment disposés sur les rayons d'une pharmacie entretenue avec zèle, proviennent également de dons solidaires. Ils sont disponibles pour le traitement de toutes pathologies, notamment les pathologies chroniques, et de ce fait nécessitent d'être constamment renouvelés. La distribution de médicaments se fait toujours avec la présence d'un pharmacien.

Des réunions à fréquence moyenne mensuelle des intervenants ont lieu en fonction des sujets à traiter. Les patients du dispensaire peuvent y participer, d'ailleurs nombre d'entre eux deviennent à leur tour des volontaires. Les volontaires de la structure ont aidé à la création d'autres dispensaires autogérés, de celui de Philadelphia et du Pirée-Centre en partageant leur savoir et leur savoir-faire avec des militants d'autres quartiers ou villes, de la même manière qu'eux-mêmes ont été aidés par les volontaires d'Ellinikon. Une chaîne de solidarité dans le domaine de la Santé (mais dans d'autres domaines aussi) se déploie sur toute la Grèce. Les volontaires du dispensaire de Korydallos participent aussi à des actions sanitaires communes avec les structures publiques de soins (suivis conjoints de patients, échanges d'informations, de médicaments, de matériaux consommables) situées dans leur voisinage. L'expérience acquise de ces volontaires, et l'ambiance politique locale favorable, contribuent à la mise en place réussie de telles synergies.

Les discussions approfondies que nous avons menées avec les volontaires des deux dispensaires décrits nous ont convaincus que, malgré des caractéristiques locales spécifiques, il se dégage des pratiques et des valeurs communes, notamment les valeurs d'ouverture et d'accueil sans exclusions, préalables à la constitution d'un véritable espace citoyen réapproprié, orienté vers l'émancipation sociale et politique, à travers l'auto-organisation.

Des pratiques nouvelles de résistance, de solidarité, de citoyenneté et d'émancipation sociale

La visite des lieux autogérés dans Athènes et la rencontre des personnes qui les animent nous a permis de nous apercevoir de la pluralité et du dynamisme du grand projet de résistance, citoyen et solidaire, qui se déploie aujourd'hui en Grèce. Dans le quartier étudiant d'Exarchia nous avons observé les traces de la créativité populaire à travers les graffitis, l'aménagement d'un parc culturel autogéré, d'un espace social, d'un dispensaire social, structures animées et gérées par les habitants du quartier. Il existe à ce jour en Grèce environ 400 expériences d'auto-organisation. A côté de ces expériences, d'autres, celle d'Assemblées populaires de quartiers ou de Collectifs de soutien aux grévistes et aux salariés licenciés, des initiatives de récupération d'usines mises en faillite par les patrons (VIOME), étoffent le mouvement de résistance de la société grecque contre les projets dévastateurs des élites néolibérales.

Des idées nouvelles sont toujours susceptibles d'enrichir le registre, l'idée de la mise en place d'observatoires des effets de l'austérité et du néolibéralisme, de rencontres et forums des résistances. Elles complèteraient les projets d'audit de la dette et de sa dénonciation, et traceraient des perspectives pour l'avenir. Un mouvement d'émancipation en santé mentale s'inscrirait dans cette voie.

La coordination de tous ces projets est ce qui soucie l'association « Solidarité pour Tous », plateforme de facilitation de l'action des structures autogérées de solidarité, notamment des dispensaires sociaux. Il y a bien des avancées aujourd'hui au niveau de la synergie des structures avec la mise en place et l'animation de rencontres nationales, de coordinations régionales et nationales, la mise en commun de moyens et la préparation d'actions conjointes. Une campagne d'ampleur de soutien politique et concret, notamment dans le champ sanitaire, aux réfugiés qui arrivent sur les îles grecques, est une importante parmi ces actions coordonnées, dans un contexte national et international très critique.

« Solidarité pour Tous » tente de réunir des éléments sur la situation sociale et sanitaire en Grèce. Lors d'un entretien, une responsable de l'association nous a renseignés sur un financement des hôpitaux publics est brutalement décroissant d'année en année : 1,6 milliard en 2014, 1,3 en 2015, 1,0 prévu pour 2016. Cette baisse de moyens pour le Système de Santé préfigure une aggravation de problèmes déjà très

importants et pose la question des moyens à déployer pour éviter l'effondrement du système et l'épidémie de tragédies humaines.

Lors de la discussion qui a suivi notre débat a porté sur :

- la possible transformation des dispensaires sociaux autogérés en réels dispensaires publics de base indépendants de l'Etat et des institutions officielles, publiques ou privées. Les dispensaires, nous explique-t-on, n'ont pas comme perspective de se substituer à l'Etat mais d'être un outil d'intervention qui s'articulerait avec des assemblées populaires de quartiers, de villes et de villages. Ils sont aujourd'hui une avant-garde de résistance contre l'austérité et la précarité qui en résulte, en Grèce, mais aussi dans d'autres pays d'Europe. Extérieurs à la fois aux services étatiques et au marché libéral, les dispensaires sociaux feraient partie des biens communs.
- le refus des programmes de « partenariat » public-privé, portés par la « Troïka », pour le financement de la Santé, car cette option politique aggrave l'absence de permanence des soins offerts à la population ; refus aussi de la rétrogradation des structures de soins primaires susceptibles de se transformer, le cas échéant, en centres de tri discriminatoire.
- la question de la récupération du mouvement des dispensaires par le gouvernement actuel. L'avenir des dispensaires implique des décisions au plus haut niveau, la neutralisation des pressions sur le gouvernement Grec par la « Troïka » et de celles sur les structures autogérées, mais aussi publiques, des politiques de rétention des financements et de répartition autoritaire des ressources.

Des questions supplémentaires sont soulevées par la crise migratoire

L'afflux accéléré transfrontalier de personnes fuyant la violence dans leurs propres pays donne naissance à une nouvelle crise en Grèce, se rajoutant à celle provoquée par les mémorandums d'austérité. De nouveaux risques voient le jour.

L'arrivée d'un grand nombre de personnes en difficulté dans une société déjà en grande souffrance risque de faire dévier les projets sociaux vers une logique purement gestionnaire, selon laquelle les êtres humains ne seraient que des chiffres à traiter, et d'intensifier les pratiques du tri, de ségrégation, de discrimination des personnes humaines selon leurs origines, leur situa-

tion familiale, leur appartenance culturelle, leur capacité physique. Une idéologie de charité et d'assistant humanitaire, véhiculée par des ONG, l'Église, les intérêts privés, les instances supranationales, pourrait se renforcer davantage et être instrumentalisée en faveur de l'acquiescement des vrais responsables des crises, sociales et celle des réfugiés, qui sont le capital financier et les puissances impérialistes. Par voie de conséquence des deux précédentes pratiques et en contrepoint des idéologies qu'elles véhiculent, il serait probable d'observer l'émergence ou l'amplification de réflexes archaïques et identitaires au sein de la population-hôte, en Grèce et en Europe, l'hostilité envers la différence et l'étrangeté, orchestrés par les forces politiques d'extrême droite, qui clôtureraient ce cercle vicieux par la férocité sociétale et la négation des valeurs humanistes et démocratiques.

Nous nous sommes rendus au Centre d'accueil de réfugiés afghans « Eléonas » accompagnant une équipe de « Solidarité pour Tous » qui effectuait de la distribution de produits alimentaires et autres biens de première nécessité. Ouvert il y a 3 semaines sur un terrain vague à 2 km du centre d'Athènes, avec des logements préfabriqués et tous les raccordements nécessaires qui sont aujourd'hui en voie de finalisation. Présence de La Croix Rouge qui distribue l'alimentation apportée par l'armée et qui a ouvert un centre de veille sanitaire. Son financement est porté par l'Etat (service immigration et Ministère de l'Intérieur) avec la présence du HCR. La police municipale (non armée) surveille « discrètement » les abords du centre (à quelque cent mètres de l'entrée du Centre nous avons pu observer la présence d'une voiture de police avec à l'intérieur des agents armés!).

La durée moyenne de séjour est celle d'une cité de transit, pour l'instant de 3-4 jours. La population actuellement accueillie est (suite à un tri préalable) homogénéisée : très majoritairement des ressortissants afghans (hommes seuls et familles avec enfants). Il y a 685 places : le jour de notre visite 400 présents, après un pic de 785 la semaine dernière. Le premier accueil, pas encore bien aménagé, fait du dépistage sanitaire, distribue alimentation, produits de ménage et vêtements.

Bien que la motivation, voire l'engagement, des intervenants au sein de ce centre de transit typique, celle d'adoucir le sort des personnes rudement et injustement éprouvées (et ils y parviennent efficacement), est souvent proche de celle des volontaires et militants des

mouvements solidaires, le contexte situe l'expérience aux antipodes des structures autogérées. Si l'auto-organisation de la vie sociale et culturelle de ces réfugiés en transit devient effective pendant un bref moment, elle n'est rendue possible que grâce à un tri préalable effectué en amont, une homogénéité obtenue par une ségrégation. Il n'y a pas de vraie prévoyance pour la suite de l'accueil et l'ampleur du problème justifie toutes les inquiétudes. C'est aussi une coïncidence scabreuse que ce centre de transit se trouve installé à quelque proximité de l'Hôpital Psychiatrique de Dafni.

Premier bilan du voyage

Les dispensaires sociaux autogérés sont une expérience émancipatoire, qui pourrait inspirer toute l'Europe comme projet alternatif de santé démocratique. Ils sont un début d'un projet d'ouverture et de réappropriation par la population de ses besoins fondamentaux, conçu initialement pour faire face aux mémorandums illégaux, illégitimes, odieux qui constituent une atteinte aux droits fondamentaux humains : droit à la vie, aux soins, à la dignité.

Une voie d'échanges s'est ouverte. Le projet d'un réseau européen de Solidarité et de Résistance pour une Santé Mentale démocratique a été conceptualisé et énoncé, la perspective d'un événement commun au printemps prochain à Athènes a été esquissée, avec la présence d'acteurs de la santé mentale, de personnalités et de volontaires solidaires de pays européens, de dispensaires sociaux, l'organisation d'ateliers d'échanges de pratiques et de luttes. Une rencontre internationale à Athènes sur le rôle de la solidarité, de résistance, des projets d'émancipation en santé mentale pourrait devenir le point de départ d'une campagne plus vaste et de la constitution d'un réseau en Europe. Cette action se fera quelle que soit la situation politique, mais son contenu sera évidemment alimenté par elle. Le débat sur la lutte contre les politiques d'austérité en Europe, contre l'utilisation de la santé mentale dite positive comme instrument de restructuration économique, de formatage des pratiques de soins normalisées et de tri de populations, y sera central car c'est la finalité même de ce Réseau. Un tel Réseau est celui d'échanges réciproques et permanents de pratiques et de contenus à travers un soutien concret à nos amis grecs, et l'élaboration d'un projet pour le développement et la diffusion de pratiques démocratiques en Santé Mentale.

Les revendications portées par ce projet (lutte pour l'attribution de moyens adéquats contre les dik-tats d'austérité, reconnaissance de la subjectivité de

chaque patient, facilitation de la participation des patients eux-mêmes à la mise en place des soins qui les concernent, ouverture du soin vers la cité, retrait des mesures autoritaires et sécuritaires) sont issues de situations universelles qui, exprimées dans des cadres institutionnels analogues de plusieurs pays, donnent lieu à des revendications européennes. Le cas de la Grèce met en relief, sous l'éclairage dramatique des

conséquences d'une austérité brutale imposée de l'extérieur, des questions européennes voire mondiales. Il convient donc de les penser de manière universelle. Les expériences antérieures, celles de la désinstitutionnalisation italienne et du désaliénisme en France, viennent comme un point d'appui pour le développement d'un tel mouvement.

Une politique de Santé pour les régions et les territoires, la territorialisation : une donnée politique forte

Par le D^r Fabien Cohen,
Membre de la Commission santé/protection sociale du Pcf

Définir une politique de santé ne peut être mené sans se poser la question des territoires et de leur pertinence. Le cadre législatif qui s'est développé depuis plusieurs années en est la meilleure preuve et en même temps le meilleur vecteur. Dès le milieu des années 1980, après la création des premiers Observatoires régionaux de santé (ORS), des réflexions ont été conduites auprès du Commissariat Général au Plan en vue d'une régionalisation plus poussée des politiques de santé.

Différentes perspectives ont alors été envisagées : décentralisation, déconcentration, rénovation des partenariats entre l'Etat et l'Assurance maladie. Au seuil des années 1990, la région est sans conteste devenue l'échelon pertinent. La loi hospitalière de 1991 a institué des Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS). En 1993, le rapport *Santé 2010* a anticipé le schéma des actuelles Agences Régionales de Santé. En 1996, le Plan Juppé s'en est directement inspiré pour créer des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), qui relayent au niveau régional la politique nationale de restructuration hospitalière. La médecine de ville est restée du ressort des caisses d'assurance maladie dont la coordination a été confiée à de nouvelles Unions régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM), elles-mêmes chapeautés par l'Union Nationale des Caisses d'Assurances Maladie. De sorte que la diarchie nationale entre l'Assurance maladie et l'Etat a alors été entérinée au niveau régional, hypothéquant le décloisonnement entre les deux secteurs ambulatoire et hospitalier. Parallèlement au souci manifesté par l'Etat de régionaliser les politiques de santé, les autres acteurs du système de santé n'ont pas toujours su, pu ou souhaité investir l'échelon régional. Les élus régionaux ont souvent montré quelques réticences à l'égard d'une décentralisation sanitaire, volontiers perçue comme un élément d'inégalité entre régions. Les Unions régionales des caisses d'Assurance maladie (URCAM) ont éprouvé des difficultés à trouver leur place, prises en étau entre l'échelon national des négociations conventionnelles avec les professionnels de santé et le réseau local des caisses primaires

d'assurance maladie. Depuis, se sont mises en place les Agences Régionales de Santé (ARS) avec la loi HPST en 2010 et aujourd'hui l'adoption de la Loi de santé, les confirment en élargissant au champ ambulatoire et font du territoire un cadre politique de la santé.

Notre système s'est ainsi reconstruit autour de l'Hôpital et de la Région, le territoire devenant la variable primordiale de la recherche d'efficacité et de maîtrise des dépenses de santé, notamment par le biais de la planification sanitaire.

En parallèle du système de soins, d'autres déterminants influent profondément sur l'état de santé des populations : environnement « physique » et travail ; déterminants sanitaires et sociaux ; liens sociaux de proximité - dont la famille - et solidarités informelles, organisation communautaire et territoriale, santé environnementale (bruit, pollution, produits chimiques...), protection sociale... Ainsi la persistance d'inégalités de santé passe par la question de l'entourage quotidien des personnes au travers de leurs conditions de vie sociale et professionnelle comme celle de leur protection sociale.

Ce constat plaide pour une approche territoriale des inégalités de santé et de leurs déterminants, ainsi que de la définition des besoins de santé et de l'offre de soins hospitaliers comme ambulatoires

Le territoire constitue une réalité spatiale, temporelle et historique qui doit être prise en compte dans l'élaboration et la conduite des politiques de santé, pour que celles-ci soient adaptées aux attentes et aux spécificités des différents publics qui constituent la population locale (selon le sexe, l'âge, les modes de vie et les activités, les facteurs de risques, l'environnement, l'urbanisme) et qu'elles s'inscrivent durablement dans la vie des gens.

La Loi de santé, loin de revenir sur la Loi HPST, l'a confortée en élargissant le champ de compétence des Agences Régionales de la santé, ayant tout pouvoir entre les mains de son Directeur régional, véri-

table préfet sanitaire régional, sous l'autorité du seul Ministre de la santé. Les élu(e)s se sont vu(e)s retirer tout pouvoir, et encore moins les usagers et les professionnels de santé ou leurs organisations syndicales.

Comme seul échelon possible d'expression, la Loi Bachelot avait mis en place un simulacre de démocratie, les Conférences régionales de la santé et de l'autonomie (CRSA) censées, selon M^{me} Devictor, Présidente de l'Assemblée permanente des Conférences Régionales de Santé, avoir un rôle majeur à jouer dans la démocratie sanitaire en région. Ces Conférences régionales de la santé et de l'autonomie ont un champ d'intervention étendu à la santé (prévention, offre de soins, médico-social), d'articulation entre les niveaux territorial (notamment au travers des conférences de territoires) et régional.

La loi fixe un cadre relationnel entre l'ARS et la CRSA : le Directeur Général rend compte une fois par an de la mise en œuvre de la politique de santé en région et de la suite donnée aux avis de la CRSA. La fonction d'évaluation du respect des droits des usagers est étendue à l'évaluation de l'égalité d'accès aux services de santé et de la qualité des prises en charge. En réalité, la CRSA n'est associée ni en amont, à la définition du cahier des charges de la politique de santé régionale, ni en aval, à l'analyse des résultats de l'évaluation. De plus, elle ne bénéficie d'aucune allocation budgétaire, aucune prise en compte de la taille de la région. Elle n'a aucun moyen humain à disposition, pas plus que n'est précisé le statut de ses membres et de leur temps passé. Rien n'est prévu en ce qui concerne la possibilité concrète d'auto-saisine et la faculté de commanditer des études spécifiques, par exemple.

Comme on peut le voir, notre critique de la loi HPST, non remise en cause par la Loi de santé, se confirme dans ce simulacre de démocratie que représente la CRSA, y compris dans sa composition, l'importance de la pertinence de la représentativité de ses membres, et la manière dont elle est composée et présidée. Enfin, il manque une articulation à organiser avec les conférences de territoires, elles-mêmes simulacre de démocratie sanitaire parfois à l'échelle d'un département.

On imagine ce que sera la représentativité d'une telle région alors que celles-ci passent administrativement de 22 à 13, en 2016. Aucune réflexion à ce jour entre ces évolutions des échelons territoriaux, comme

les comités d'agglomération, les métropoles et les départements, en infrarégional.

Cela est d'autant plus inquiétant que, comme le notait dans son Livre blanc, l'Association des Petites villes de France (APVF), les directeurs d'ARS étant directement sous la hiérarchie du Ministère de la santé, cela ne favorise pas une approche plus transversale au niveau régional, qui est pourtant l'échelon local de référence pour la définition d'une politique publique. Pour les communistes, il faut repenser totalement l'organisation politique de cet échelon et des liens avec les territoires en infra. L'organisation administrative régionale de la santé doit reposer sur une organisation politique de la région, redonnant pouvoir politique aux élu(e)s, aux usagers et aux professionnels du champ de la santé, sous l'égide des Assises régionales de la santé, structure d'expression de la démocratie sanitaire régionale. La direction régionale de la santé aurait alors pour objectif, en lien avec la politique de santé nationale et le Ministère de la santé, de mettre en œuvre la politique de santé ainsi définie régionalement, tout en étant pour les structures d'élaboration de la politique locale, une administration ressource, développant leurs moyens financiers et leurs capacités d'appui et d'ingénierie au service des échelons territoriaux en infra. Il est indispensable qu'elle soit à la fois en capacité d'expliquer en amont les moyens qu'elle met à disposition d'un territoire pour accompagner ses projets et la plus value que les acteurs de terrain peuvent attendre de sa part.

Les Assises régionales de la santé doivent pouvoir associer dans le domaine sanitaire et social les nombreux autres acteurs, comme les collectivités territoriales et les caisses de Sécurité sociale, pour un réel partage de l'information dont disposent ces services avec ceux de l'Etat. La prise de décision en matière de santé sur les territoires doit être partagée avec les élus et le diagnostic qui ouvre sur ces décisions doit lui aussi être partagé. Établir des diagnostics partagés, c'est permettre aux décideurs de jouer leur rôle sur une vision consolidée des interventions, des moyens mis en œuvre par rapport aux objectifs. C'est leur permettre de défendre des positions construites et responsables. Ceci est d'autant plus important que l'impact des mutations démographiques en cours sur la structuration de la santé et les montants d'investissement en jeu interdisent tout amateurisme dans la prise de décision. Or, la rédaction des derniers Projets Régionaux de Santé (PRS), particulièrement longue, a révélé une faiblesse des outils nationaux d'observa-

tion et a établi une certaine méfiance de publics pourtant avertis.

Il faut aussi redéfinir et renforcer la place des élus locaux dans les dispositifs de suivi de l'emploi des professionnels de santé et médico-sociaux. Les élus, connaisseurs irremplaçables des mutations de leur territoire, déjà très engagés dans des investissements d'accueil des populations et des professionnels, doivent pouvoir exercer une plus grande influence sur les politiques de la santé, fussent-elles conduites par l'Etat. Les élus doivent pouvoir mieux veiller à la définition de la politique de santé à l'échelle régionale. Les assises régionales de santé seront l'instance où la politique de santé sera élaborée dans une dimension plus politique que le simulacre conçu au travers de la CRSA. Enfin, si les élus doivent être associés à la définition des projets au niveau régionaux, ils doivent également être représentés dans les dispositifs de suivi de l'emploi des professionnels de santé et médico-sociaux. Il conviendra notamment de contribuer à la demande d'opposabilité des Schémas régionaux des formations sanitaires et sociales (SRFSS).

Nous proposons de sortir de cette conception des SROS (schémas régionaux d'organisation des soins) qui ne sont en réalité que de simples outils de gestion administrés sous l'angle de la délivrance des autorisations, de restructuration rythmés par les seuls outils financiers. Les Régions et territoires ont besoin de vrais projets avec une vue d'ensemble les évolutions de l'offre et, a fortiori, d'en avoir une vision en terme de service rendu en fonction de la demande, et non pas de seules statistiques. Il faut en faire des Schémas régionaux de politique de santé. Il en est ainsi des structures sanitaires ou médico-sociales insuffisamment sécurisées. Un bilan régional, consolidé au niveau national est la première étape du traitement de ce problème. Il faut construire dans chaque région un plan de remise aux normes, établissement par établissement, territoire par territoire.

Une nouvelle organisation rendue indispensable de part l'évolution de la démographie médicale

Depuis 2005, la France a perdu 3 500 généralistes alors que la population a grossi de trois millions de personnes, reculant ainsi la densité de généralistes de 8,5 %. Le ministère de la Santé a mis en place en 2013 un contre-feu en créant les PTMG, les praticiens territoriaux de médecine générale, statut qui garantit un revenu minimum et de moindres cotisations sociales aux médecins qui s'installent dans un désert médi-

cal. Mais ils ne sont que 200 aujourd'hui. C'est très insuffisant quand 2 500 médecins partent en retraite chaque année. Si on croit le scénario de référence, dit *tendanciel*, préconisé par la DREES, supposant un maintien des choix individuels des médecins à long terme : malgré un fort relèvement du *numerus clausus* jusqu'à 8 000 en 2011, le nombre de médecins en activité ne retrouverait son niveau actuel qu'en 2030. La baisse des effectifs serait moins marquée pour les généralistes que pour les spécialistes, mais les évolutions seraient très contrastées d'une spécialité à l'autre. Dans cette hypothèse, le nombre de médecins en activité en France passerait de 208 000 en 2006 à 188 000 en 2019, diminuant ainsi de 9,7 %. Il augmenterait ensuite pour atteindre 206 000 en 2030, un niveau légèrement inférieur à son niveau actuel (-1 %). L'évolution des effectifs de médecins en activité doit toutefois être aussi appréciée en fonction de la densité médicale, qui dans cette hypothèse serait néanmoins plus faible qu'aujourd'hui. Entre 2006 et 2030, la population française devrait croître d'environ 10 %. La densité médicale, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant, chuterait donc davantage que les effectifs. Pour l'ensemble France métropolitaine et DOM, elle passerait de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants entre 2006 et 2030, diminuant ainsi de 10,6 % pour retrouver son niveau de la fin des années quatre-vingt. Elle atteindrait un point bas en 2020, date à laquelle on compterait 276 médecins pour 100 000 habitants, et ne repartirait à la hausse qu'en 2024.

Le rapport entre le nombre de médecins et la population n'est qu'un indicateur très grossier de l'adéquation entre offre et demande de soins. Il ne tient pas compte notamment de l'évolution des besoins. Entre 2006 et 2030, la population française devrait vieillir et ses besoins en soins évoluer. La baisse de la densité médicale calculée par rapport à la population âgée, c'est-à-dire le nombre de médecins par habitant de 60 ans ou plus, serait continue de 2006 à 2030, et atteindrait 36 % sur l'ensemble de la période. Or, la consommation de soins est croissante avec l'âge. Si l'on suppose que cela reste vrai sur toute la période de projection, le rapport entre les effectifs de médecins en activité et les recours qui leur sont adressés serait donc en 2030 très inférieur à son niveau actuel. En 2030, les médecins exclusivement libéraux seraient moins nombreux qu'en 2006. La proportion de médecins salariés hospitaliers augmenterait alors fortement entre 2006 et 2030. En 2030, 55,5 % des généralistes seraient libéraux, contre 60,2 % en 2006, et 28,5 %

des spécialistes exerceraient en libéral, contre 35,6 % en 2006. À cette date, plus de la moitié des spécialistes et le quart des généralistes exerceraient uniquement à l'hôpital.

En 2030, les inégalités des densités médicales régionales seraient fortement modifiées mais pas réduites. La densité médicale chuterait fortement en Corse (-35 %), en Languedoc-Roussillon (-30 %), en Ile-de-France (-26 %), en Provence-Alpes-Côte d'Azur (-26 %) et en Midi-Pyrénées (-22 %). Au contraire, elle croîtrait de 10 à 16 % en Poitou - Charentes, en Franche - Comté, en Basse Normandie, en Bretagne, en Auvergne et en Lorraine. Les composantes de l'évolution de la densité médicale d'une région donnée sont l'évolution de la population régionale, que donnent les projections de population de l'INSEE, et l'évolution du nombre de médecins actifs dans cette région. Ces résultats régionaux mettent en évidence à quel point, le politique doit prendre la main sur les politiques de santé localement, ceci d'autant que les collectivités territoriales ne cessent de participer au financement tant dans le champ sanitaire que dans le médico-social. Ils font également apparaître la nécessité d'anticiper longtemps à l'avance, compte tenu de l'inertie de certaines évolutions démographiques et de la longueur des études de santé, tant les évolutions des populations régionales que des populations médicales et para-médicales régionales, afin d'opérer d'éventuels ajustements sur les leviers susceptibles d'influencer la répartition régionale des professionnels de santé en activité.

Plus inquiétant encore, sont les études qui montrent que si rien n'est fait, l'activité médicale se concentrerait dans les pôles urbains avec CHU. En 2006, 54,3 % des médecins exercent dans un pôle urbain dans lequel existe un centre hospitalier universitaire (CHU), 31 % dans un pôle urbain dépourvu de CHU, 7 % en couronne périurbaine ou dans une commune multipolarisée et 7,7 % dans un espace à dominante rurale. À l'horizon 2030, le nombre de médecins exerçant en zone rurale diminuerait de 25,1 %, le nombre de médecins exerçant en couronne périurbaine ou dans une commune multipolarisée de 10,5 %, et le nombre de médecins exerçant dans un pôle urbain sans CHU de 6,2 %. En revanche, le nombre de médecins exerçant dans les pôles urbains avec CHU augmenterait de 5,5 %.

C'est pourquoi, il faut absolument modifier en profondeur la gouvernance hospitalière, à l'inverse des décisions prises par la loi de santé confortant la loi HPST

(hôpitaux, patients, santé et territoires). De surcroît, avec le passage des « communautés hospitalières de territoire », volontaires, aux Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) devenus obligatoires par la nouvelle Loi de santé, qui va repasser prochainement au Sénat, c'est la disparition programmée des structures de proximité, alors qu'il faudrait promouvoir la coopération interhospitalière pour peu que celle-ci intègre réellement l'hôpital de proximité dans le parcours de soins. C'est pourquoi, il faut ouvrir largement les formations, revaloriser les professions de médecins généralistes et des soignants (infirmiers, sages-femmes, kinésithérapeutes...), améliorer les conditions d'exercice et revoir les modes de rémunérations.

Mesures incitatives aux études de soignants : financement et rémunération au cours des études en échange de 5 années de travail dans le service public ou dans les zones de déserts médicaux (comme la France a su le faire pour la profession d'enseignant). Il faut les mêmes mesures dans les écoles de kinésithérapie, et toutes les autres professions de santé. Il faut rendre attractives ces professions : augmentation des salaires, crèches dans les hôpitaux pour tous les personnels (même les médecins...) ; il faut ouvrir une réflexion sur le temps de travail en particulier pour la nuit et pour les week-ends travaillés, et sur les gardes des médecins. Un débat national avec les syndicats, usagers, élus... sera ouvert sur l'opportunité de créer de nouvelles professions de santé avec par exemple des statuts à prescription et responsabilité limitées.

La politique de maillage territorial doit s'organiser en lien avec les élus territoriaux

La problématique de la démographie médicale exige urgemment cette nouvelle approche des questions de santé et de l'offre de soins, pouvant lutter contre les inégalités territoriales qui continuent de se creuser alors que de nouvelles fractures territoriales apparaissent, que des déserts médicaux urbains et ruraux menacent de s'étendre. En Ile de France comme ailleurs en France, les habitants des territoires enclavés ou éloignés des grands centres urbains subissent une double peine : le départ de leur médecin de famille qui n'est pas remplacé, et la fermeture de services d'hôpitaux de proximité. Comme l'APVF, nous considérons que le bon sens doit de nouveau présider aux décisions en matière d'offre de soins : le parcours d'un patient débute à son domicile et doit, autant que possible, se poursuivre à proximité. Il faut donc mettre un coup d'arrêt aux fusions et aux déclassifications d'établissement contestées par les élus. Chacun connaît en outre

le coût de fusions qui échouent, lorsque leur initiative relève du dogmatisme plutôt que du pragmatisme. Il faut à nouveau réclamer un moratoire sur toutes ces restructurations en faveur du seul secteur privé et aux détriments des populations. Le modèle de soins fondé sur le déplacement du patient vers les soins a trouvé ses limites. Trop souvent, il génère de l'inefficacité, des surcoûts liés au déplacement, quand il ne génère tout simplement pas une privation de l'accès aux soins pour les plus démunis ou les plus âgés. Raisonner à partir du domicile revient à réfléchir fondamentalement aux conditions de vie de nos concitoyens qu'il s'agisse de personnes nécessitant une prise en charge ou de leur famille.

Il nous faut ainsi revoir la situation des aidants familiaux, dont le rôle est très souvent fondamental dans l'accompagnement, et qui ne disposent d'aucun statut, défini sinon reconnu. Il faut retravailler des pistes comme celles du « Rapport Maurey » au Sénat, préconisant « un conventionnement sélectif en fonction des zones d'installation » ou l'instauration d'une « obligation de service pour les médecins spécialistes en début de carrière dans les zones particulièrement sous dotées.

De la Région aux Conseils cantonaux de santé

Au-delà des compétences légales ou volontaires que se sont données les Collectivités territoriales au fil des décennies, les élu(e)s du PCF et du Front de Gauche ont montré le rôle important que les élu(e)s territoriaux pouvaient jouer dans l'appréciation des besoins en matière de santé et d'offres de soins, et la manière d'y répondre. Ils sont particulièrement présents dans la défense des Hôpitaux et maternités de proximité, mais aussi dans la promotion des centres de santé ou pour exiger leur maintien quand ceux-ci sont menacés par les baisses de dotation de l'État ou les abandons mutualistes. Ils l'ont été aussi pour s'opposer au démantèlement des caisses de l'Assurance maladie et de la CPAM. La Région a aussi un rôle dans le domaine des formations sanitaires et sociales et des dizaines de milliers d'emplois sont à créer dans le médico-social dans les cinq ans à venir.

Mais ce n'est pas seulement dans l'offre de soins qu'ils interviennent, mais aussi pour maintenir un haut niveau état de santé de la population et lutter contre les importantes disparités associées aux niveaux socioprofessionnels des patients et aux territoires où ils habitent. Selon Florence Justot⁽¹⁾, l'existence d'iné-

galités des chances en santé justifie la mise en place de politiques visant à les réduire, non seulement par des interventions visant à améliorer l'égalité des chances à l'école et ou plus globalement les conditions de vie, mais également des politiques de prévention et de promotion de la santé ciblées vers les enfants des milieux les plus à risque. Car l'insuffisance de prévention, d'éducation à la santé, l'absence de stratégie nationale cohérente et persévérante à l'échelle des territoires, conséquences de la précarité et de la souffrance psychique entraînée, le besoin de centres de santé et fermeture de services hospitaliers comme de maternités... sont autant de facteurs d'inégalités et d'enjeux de santé publique. La démocratie sanitaire doit être le moteur d'un tel système, nécessitant un véritable apprentissage collectif de fonctionnement démocratique. Il faut inventer de nouvelles instances, il faut généraliser les processus participatifs pour les représentants dans ces instances. Cela passe aussi par des moyens en temps, en formation pour leur fonctionnement ; c'est une forme d'investissement pour l'avenir que de miser sur la démocratie ; c'est une attente forte des ayants droit à la santé.

Cette démocratie est nécessaire depuis l'unité de santé ou de soin, jusqu'au plan national en passant par le bassin de santé ou le canton, le niveau départemental et la région. Cela commence donc dans tous les lieux de vie ou de travail dans le domaine de la santé où professionnels et usagers doivent être associés en permanence aux orientations et à l'évaluation des projets de santé et/ou d'établissement, en lien avec les gestionnaires et les syndicats. Nous proposons, à partir de là, une démocratie sanitaire participative ascendante basée sur un découpage départemental, à la suite d'un diagnostic élaboré en lien avec les élu(e)s locaux de toutes collectivités, de représentants des professionnels quel que soit leur lieu d'exercice professionnel, de représentants d'ayant droit à la santé que sont les usagers.

Le maillage sanitaire doit être un élément des politiques d'aménagement des territoires

Par sa dimension et sa proximité vis-à-vis de ces publics, le canton ou le bassin de santé, ainsi que les collectivités locales qui lui correspondent, peut avoir un rôle irremplaçable en particulier dans le domaine de l'évaluation des besoins de santé, d'offre de soins tant en ambulatoire qu'en hospitalier. C'est pourquoi, nous voulons relancer dans le cadre de ces régionales, la proposition que nous avançons lors des élections départementales de demander la mise en place de Conseils

1 Économie et statistiques N° 455-456 de 2012

cantonaux (ou de bassins) de santé, qui seraient l'outil pertinent à ce territoire. Ces conseils cantonaux (ou de bassins) de santé veilleront à l'expression des besoins de santé de manière spécifique pour le secteur concerné (y compris en matière de démographie médicale en vue de définir les besoins de professionnels de santé), valideront la réponse à ces besoins apportée sur le territoire concerné et contrôleront démocratiquement la mise en œuvre des réponses. Cela permettra les réajustements indispensables et les évaluations démocratiques.

La territorialisation peut être un instrument permettant de concilier les objectifs d'égalité et de proximité. Comme le montre si bien Emmanuel Vigneron⁽²⁾, géographe de la santé, la santé ne peut être abordée comme un champ isolé des politiques publiques locales et nécessite des instances transversales de proximité. La remontée de ces besoins par canton, coordonnée à l'échelle départemental, ferait du département le bon niveau entre le cadre régional, où se prennent les décisions et celui du local où elles devraient s'appliquer, en tenant compte des spécificités de chaque territoire et de ses habitants pour élaborer des politiques de santé. La collectivité territoriale départementale pourrait ainsi se positionner en coordonnateur des acteurs de santé sur son territoire, et en interface entre les institutions publiques départementalisées comme la CPAM, la Délégation de Territoire, la Conférence de territoire, l'Inspection académique, les professionnels et les citoyens.

S'appuyant sur ses propositions concernant l'enfance et la famille, l'action sociale et les solidarités, la politique culturelle, l'aménagement du territoire, le déplacement ou le développement durable, et celles du conseil cantonal de santé, les élus du Front de gauche s'engagent à faire de la Santé et de l'offre de soins une de leurs priorités dans une refonte des rapports du citoyen à l'offre de santé et de soins, tournant le dos à la conception de la Loi HPST et la Loi de Santé. Nous créerions ainsi de véritables « filières de santé territorialisées », comme le suggérait l'APVE.

Les conséquences du vieillissement de la population, notamment en zone semi-rurale et rurale, sont un sujet d'inquiétude pour les élus. Aller vers une approche territoriale de la santé, c'est d'abord redonner aux hôpitaux de proximité les moyens de mieux fon-

ctionner. L'urgence consiste à en finir avec un mode de financement calibré sur le volume d'activité ou la T2A. Il faut permettre aux hôpitaux d'être financés en rapport avec le service effectivement rendu. Le lien, entre les structures et les professionnels d'un même territoire, doit être fluidifié : ce que l'on retrouve dans cette approche par « filière de santé territorialisée ». Le maillage du territoire est donc une des réponses à cette attente pour en finir avec les déserts sanitaires qui se créent depuis des années dans le monde rural et dans les quartiers périurbains. En ce sens, le travail en réseau doit être encouragé, les moyens en temps humain, en moyens techniques de communication, en moyens de transports doivent être dégagés et considérés comme indispensables à la couverture sanitaire du pays. L'articulation doit être renforcée entre les différents niveaux : Centres de santé, médecine ambulatoire et proximité, Hôpitaux locaux et généraux, Centres hospitaliers régionaux et centres de références et d'expertise. Il s'agit clairement de diminuer les pertes de chances qui aujourd'hui ont gravement augmenté.

Cela passe aussi clairement par un moratoire sur les fermetures de services, d'activité et d'établissements comme l'avaient proposé les Sénatrices et Sénateurs du groupe CRC ; au contraire il faut enclencher un processus de réouverture de structures de proximité. Nous proposons aussi l'arrêt des partenariats public/privé en particulier pour les opérations immobilières qui sont de véritables pillages de l'argent socialisé. La fermeture des hôpitaux de proximité, entraîne non seulement un transfert sur les établissements privés de proximité (comme l'ont déjà montré toutes les fermetures réalisées), mais également une faille dans le maillage sanitaire, dans l'attractivité de certains territoires. La fermeture d'un hôpital conduit aussi à une perte d'intérêt des métiers de médecine ambulatoire et s'avère un obstacle à l'installation de jeunes professionnels sur ces zones.

L'excellence en matière de soins ne peut se réduire à la qualité d'un acte technique. Connaître la personne dans son intégralité (histoire, famille, travail, habitat...) est la condition d'une prise en charge d'excellence. C'est la mission du médecin de famille. Les soignants comme tous les autres citoyens aspirent tout à la fois à la qualité de leur engagement professionnel et à celle de leur vie personnelle. La désertification a des effets en chaîne. Notamment, l'isolement face au malade et les contraintes de gardes de nuit et de week-end. Le développement de structures de proximité à échelle humaine, comme peuvent l'être les centres de

² Les inégalités de santé dans les territoires français, État des lieux et voix de progrès : Emmanuel Vigneron, éd. Elsevier Masson, 2011.

santé, contribuerait à relancer l'installation dans des zones « difficiles ». Mesures pour inciter les médecins à s'installer en zone rurale et périurbaine : l'environnement médical (hôpital de proximité, centres de santé...) devra s'articuler avec la relance des zones rurales et périurbaines. L'isolement, non seulement médical mais aussi en termes d'éducation, de culture, de transport, de ces zones participe de leur faible attractivité. Là encore, c'est d'une vision globale et dynamique de la société dont il s'agit. La fermeture d'une ligne de chemin de fer « non rentable » induit un enclavement dont les conséquences sont multiples. Dans le même temps des mesures immédiates seront prises pour favoriser l'installation : logement, primes, rémunération. Le maillage sanitaire est un élément des politiques d'aménagement des territoires.

Communication pour le colloque du 10 octobre 2015 de Min-Iren à Osaka

En Corée du Sud, le gouvernement de Park Geun-hye, c'est privatisations et dérèglementations dans le domaine de la santé

Par le D^r Woo Seok-kyun

Président de la commission politique de l'Union des organisations sanitaires et médicales, représentant adjoint de « Santé et Alternative »

I. Définition et histoire de la privatisation et de la gestion commerciale de la santé

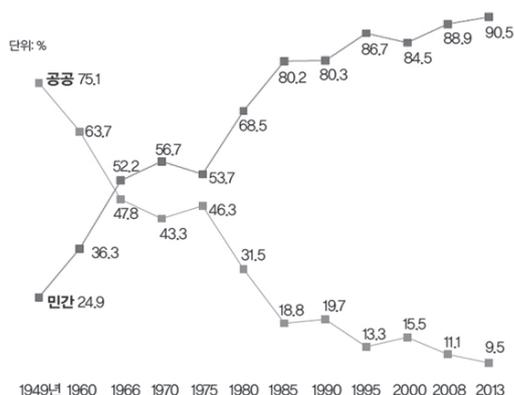
Le terme « privatisation de la santé » n'est pas un terme scientifique rigoureux. De la même manière que le mot « privatisation » est souvent remplacé par « passage au privé » ou « passage à la gestion privée », la privatisation de la santé signifie, au sens étroit du terme, le transfert de la propriété d'un service ou d'un établissement médical au marché ou au capital. Au sens large, ce terme indique tous les actes qui livrent au marché ou au capital la responsabilité de l'Etat pour le domaine de la santé.

Par conséquent, la privatisation ou le transfert au privé ou à la gestion privée de la santé ne peut être réduite à la cession d'un établissement de santé public à une société privée ou au remplacement d'un système public d'assurance maladie par un système privé ou commercial. Une telle réduction pourrait faire passer inaperçu un processus de privatisation mis en œuvre d'une façon très insidieuse et détournée pour éviter la résistance des masses populaires. Depuis le début du mouvement anti-néolibéral dont la manifestation de protestation contre l'OMC de 1999 connue comme « la Bataille de Seattle » est le symbole, la vague de privatisations accélérées qui avait commencé à partir des

années 1990 prit des formes plus douces, plus cachées et plus détournées. Aujourd'hui, les privatisations en cours en Corée du sud, tout comme la réforme des NHS au Royaume-Uni n'affichent pas de caractère direct; elles sont indirectes et rampantes. Ces dernières années, ce type de privatisation est souvent appelé « dérèglementation ».

L'origine historique de la privatisation de la santé en Corée du sud pourrait être trouvée dans la politique du gouvernement de Park Chun-hee. Sa fille, l'actuelle Présidente Park Geun-hye au début de sa campagne pour la présidence a dit : « C'était le rêve de mon père (Park Chun-hee) de faire de notre pays un Etat providence ». Et l'une des réalisations les plus représentatives de son gouvernement dans le domaine de la santé a été l'introduction de l'Assurance maladie nationale. Or, la couverture de cette assurance mise en place par Park en 1977 était limitée à de grands établissements de plus de 500 salariés. Le gouvernement n'intervenant pas dans son financement, elle ne prenait en charge seulement qu'environ 30 % des frais et sa gestion était de fait confiée à la Fédération nationale patronale. En réalité, elle s'apparentait plutôt à un système de bienfaisance pour les salariés mis en place pour les grandes entreprises.

Fig. 1 : Evolution du rapport hôpitaux publics – hôpitaux privés depuis 1945 jusqu'aujourd'hui



Par ailleurs, le gouvernement de Park a aussi introduit un mécanisme de prêt qui permettait aux hôpitaux d'avoir accès à des emprunts à faible taux d'intérêt. Ainsi le gouvernement préconisait-il la construction d'hôpitaux privés notamment des hôpitaux d'universités privées. Si l'on analyse cette politique, on pourrait penser qu'elle inaugurerait un régime contradictoire, avec un système d'offre de soins principalement assurés par des hôpitaux privés et reposant sur des assurances maladie avec une couverture très limitée marquée par un désengagement de l'Etat.

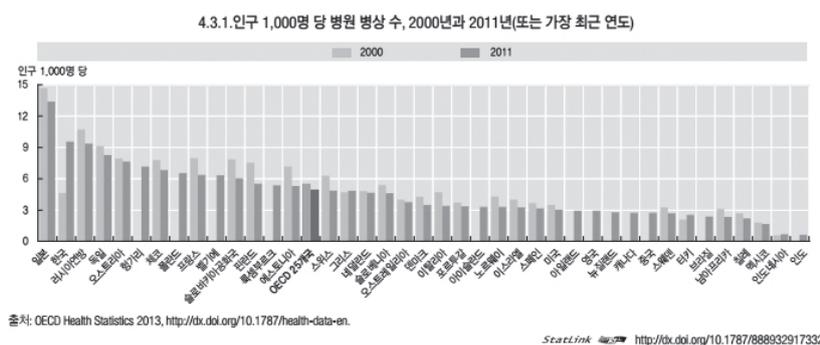
Un système d'assurance maladie universelle pour l'ensemble de la population commença à prendre sa forme en Corée du sud à partir de 1987, après la démocratisation de la société coréenne. Suite au conflit de juin 1987 et à la grève générale des ouvriers qui s'en suivit immédiatement, l'instauration de l'Assurance maladie pour les villages agricoles en 1988 et celle de l'Assurance maladie pour les villes en 1989 achevèrent la construction de l'Assurance maladie nationale et marquèrent le début d'un véritable système d'assurance maladie universelle dans notre pays. L'instauration d'une assurance maladie ouverte à toute la population et la prise en charge par le gouvernement de 50 % du financement des caisses d'assurance maladie locales rendirent l'Etat responsable de la grande

partie des dépenses de santé. La part des coûts des soins prise en charge par les malades ayant été considérablement réduite, l'accès aux hôpitaux devint plus facile pour les usagers, ce qui a conduit à une augmentation accélérée de la demande des soins.

Or, malgré cette rapide croissance de la demande, les gouvernements successifs n'ont pas développé les hôpitaux publics. Le fossé entre la demande et l'offre fut comblé par les hôpitaux privés de grande taille comme le Centre hospitalier d'Asan de Hyundai construit en 1989 et le Samsun Medical Center de la société Samsun inauguré en 1994. Depuis, pendant près de 20 ans, ces grands hôpitaux privés se sont livrés à une concurrence effrénée, qualifiée de « course aux armements médicaux », pour encore augmenter leur taille. C'est ce qui a donné naissance à des hôpitaux privés géants à côté des hôpitaux publics qui se montraient de plus en plus obsolètes.

A travers ce processus qui a duré au moins 20 ans, ou depuis l'an 2000, la Corée du sud est sortie des rangs de pays ayant un nombre de lits hospitaliers inférieur à la moyenne de l'OCDE en multipliant ce nombre par deux. Elle fut pratiquement le seul pays qui ait réussi à créer des lits supplémentaires pendant cette période. (Fig. 2)

Fig. 2 : Nombre de lits par 1 000 habitants des pays membres de l'OCDE en 2000 et 2001



La tendance au désengagement de l'Etat dans le domaine de la santé en Corée du sud s'est renforcée par le néolibéralisme introduit depuis la crise monétaire en Asie en 1997-1998. Depuis cette crise, nous avons assisté à une première série de privatisations dans les industries clés dont notamment les industries lourdes comme POSCO. Par la suite, une seconde série de privatisations a été initiée et poursuivie jusqu'en 2002 dans les domaines des chemins de fer et des télécommunications, mais elle a échoué. Entre 2003 et 2006, le gouvernement de Rohi Moo-hyun a mis en œuvre

une troisième série de privatisation d'envergure dans le domaine des services comme l'éducation et la santé.

L'Institut économique de Samsun publia en 2007 un rapport intitulé « Industrie de service médical de haut niveau et ses défis ». Ce rapport insiste sur le fait que, pour développer l'industrie de service médical de haut niveau, il faudrait relever trois grands défis à savoir, l'abolition du système de désignation automatique de prestataire de soins par l'assurance maladie, l'introduction des hôpitaux lucratifs et l'activation des assurances maladie privées. Certaines tentatives allant

dans ce sens furent réalisées sous le gouvernement de Roh : introduction en 2003 d'une assurance complémentaire, et de celle des hôpitaux lucratifs dans les zones économiques libres promues à partir de 2005.

Il est intéressant d'observer les tentatives de privatisation en Corée du sud qui ont pris un caractère plus sérieux depuis les périodes des gouvernements de Kim Dae-jung et de Roh Moo-hyun ainsi que la poursuite des politiques néolibérales par le gouvernement de Nelson Mandela en Afrique du sud ou par le gouvernement de Lula au Brésil : toutes offrent des exemples de l'introduction du néolibéralisme social en même temps que de démocratisation politique.

En effet, le gouvernement de Roh a favorisé, d'une part, la croissance du capital hospitalier et du capital assurantiel, et d'autre part les tentatives de déréglementer le capital et la promotion des accords de libre-échange avec les États-Unis et l'Union européenne pour encourager les privatisations dans tout le domaine de services publics.

Ces mesures, relayées et renforcées sous les gouvernements de Lee Myung-bak et de Park Geun-hye représentent des tentatives sérieuses de privatisation de la santé dans notre pays. Elles comprenaient également l'autorisation des hôpitaux lucratifs, la déréglementation des hôpitaux, la déréglementation des assurances maladie privées, le renforcement du droit au monopole des produits pharmaceutiques, bref l'accélération de la mainmise du capital sur les domaines de la santé et des assurances.

Pour ce qui concerne l'offre de soins, comme l'État n'a pas réglementé les hôpitaux et n'a pas créé de nouveaux hôpitaux publics, des hôpitaux mammouths dont le chiffre d'affaires dépassait 1 billion de won ont surgi. Il s'agit des Big 4 ou Big 5. Ce n'est pas un hasard si les Centres Hospitaliers de Hyundai et de Samsun sont en tête de file. Ces hôpitaux géants ne peuvent exister qu'en rassemblant massivement dans leurs services des malades de toutes les régions du pays. La condition indispensable pour qu'ils puissent exister était l'absence d'un système de transmission des soins à savoir la division de travail et le système de référence entre les hôpitaux primaires, secondaires et tertiaires pour soigner les malades atteints de maladies bénignes et ceux atteints de maladies graves. La démission de l'État pour la santé, la naissance des hôpitaux géants et l'état anarchique du système d'offre des soins sont des conséquences de la carence des gouvernements qui ont laissé l'offre des soins à la discrétion du marché et du capital.

II. Politique de privatisation de la santé par le gouvernement de Park Geun-hye

Le politique de privatisation du gouvernement de Lee Myung-bak envisageait des mesures directes comme l'abrogation du système de désignation automatique de prestataire de soins par l'assurance maladie et le remplacement de l'assurance maladie universelle par des assurances privées. Toutefois, la plupart de ces mesures ont échoué à cause du mouvement des bougies de 2008, le plus massif des mouvements populaires depuis 1987.

Le gouvernement de Park a repris la politique de privatisation promue sous le gouvernement de Lee, mais elle fut mise en œuvre d'une manière plus indirecte et plus coercitive. Comme on le voit dans la politique de déréglementation poursuivie dans les domaines de nouvelles technologies médicales et de matériels médicaux comme dans l'application de la loi fondamentale sur le développement du secteur des services, le gouvernement de Park définit les domaines de la santé et des soins comme « industrie des services médicaux » et vise à mettre en œuvre des initiatives législatives et institutionnelles pour favoriser la transformation de la santé en une véritable industrie.

Le gouvernement de Park considère toute réglementation comme le cancer. Le 13 décembre 2013, il a annoncé des mesures de privatisation d'envergure prévues par le 4^{ème} plan d'activation des investissements. Le plan comprend notamment des mesures concernant la santé et les soins qui consistent à élargir les activités annexes en général et à autoriser la création d'entreprises et de filiales lucratives, les absorptions et les fusions d'hôpitaux, la création des pharmacies gérées par des entreprises, les applications de nouvelles technologies médicales avant même de leur évaluation et à raccourcir la période d'examen pour la commercialisation de nouveaux médicaments etc. De plus, il propose d'autoriser la télémédecine et la déréglementation des matériels médicaux. Plus récemment, le gouvernement a défini le domaine des services médicaux comme un secteur industriel à part entière ; il tente de faire voter des projets de loi pour le placer sous la tutelle de la commission pour le développement des industries de services dépendante du Ministère des plannings et politiques financières ».

1) Autorisation de la création des filiales lucratives par les hôpitaux non-lucratifs

La loi relative aux services sanitaires et médicaux de notre pays stipule que les personnes juridiques hospitalières ne sont pas des personnes juridiques com-

merciales prévues par le droit commercial mais sont des organisations non-lucratives obéissant au code civil. Il s'agit d'une prescription qui n'interdit pas la poursuite au profit des établissements de santé, mais elle interdit la redistribution du profit en dehors de ces établissements. Elle interdit également la vente et l'achat des personnes juridiques médicales. En cas de dissolution d'une personne juridique non-lucrative, ses biens reviennent à la propriété de l'Etat. Ces prescriptions concernant les personnes juridiques médicales sont importantes parce que la loi médicale est appliquée généralement, avec quelques différences de degré, aux hôpitaux créés par une école privée ou par une personne juridique non-lucrative.

Toutefois, le gouvernement de Park a permis aux personnes juridiques médicales d'entreprendre presque la totalité des activités commerciales en élargissant leurs activités annexes. Elles peuvent aussi confier ces activités commerciales à une filiale lucrative. La politique du gouvernement de Park en faveur d'investissements dans le domaine de la santé consiste à étendre considérablement les périmètres des activités annexes d'un hôpital pour inclure pratiquement toutes les opérations considérées comme « relatives à la santé ». Il envisage de permettre aux hôpitaux de créer des filiales lucratives (des personnes juridiques lucratives) qui entreprennent des activités annexes.

Les activités annexes comprennent la location des hôpitaux, le développement et l'achat des matériels médicaux, le développement, la location et la vente des instruments médicaux, la recherche, le développement et l'application des biotechnologies, le développement des médicaments et des autres activités directement liées aux actes médicaux. Elles incluent également le développement, la location et la vente des aliments santé, des suppléments et des cosmétiques et les autres activités indirectement liées aux actes médicaux ainsi que l'exploitation des hôtels, des stations de cures thermales et des fitness clubs, liée aux actes assimilés à des actes médicaux.

Cette politique porte atteinte à l'objectif fondamental de la loi relative à la santé : elle a pour effet de transformer les hôpitaux non-lucratifs en personnes juridiques lucratives.

Les filiales lucratives d'un hôpital non-lucratif ont des comportements semblables à ceux des hôpitaux lucratifs. La révélation en avait été faite, dans les années 1980, par le rapport d'un inspecteur des comptes américain qui a contrôlé les comportements d'un hôpital non-lucratif qui possédait une filiale lucrative aux

États-Unis. Par la suite, le gouvernement américain a mis en place une réglementation en direction des filiales lucratives d'hôpitaux non-lucratifs.

Selon le rapport de GAO américain de 1993⁽³⁾, 21 % des hôpitaux non-lucratifs américains avaient des filiales lucratives (for-profit ventures) en 1989. L'importance des filiales lucratives s'explique par la pression accrue pesant sur les hôpitaux non-lucratifs à partir du début des années 1980, due aux réductions des budgets pour la santé et l'action sociale du gouvernement fédéral et des gouvernements d'état américains⁽⁴⁾. Par exemple, lorsque l'aide budgétaire fédérale aux organisations de maintenance de santé (OMS) non-lucratives fut suspendue en 1982, plus de deux tiers des OMS non-lucratives se sont transformées en OMS lucratives.

Ces incidents ont conduit le GAO américain à inspecter les hôpitaux non-lucratifs ayant des filiales lucratives. Il a conclu que ces hôpitaux non-lucratifs ayant des filiales lucratives étaient similaires à des hôpitaux lucratifs. Les caractéristiques de ces hôpitaux non-lucratifs signalées par le GAO sont les suivantes : 1) ils ne prennent pas du tout, ou que très peu, de malades appartenant aux couches pauvres de la population en comparaison avec les hôpitaux non-lucratifs traditionnels ; 2) ils ont tendance à réduire l'accès géographique des malades aux soins ; 3) ils investissent dans des équipements médicaux excessifs ; 4) ils ont tendance à faire augmenter les frais médicaux ; 5) ils encouragent l'accroissement des pratiques de ristourne et d'autoréférence qui conduisent à la demande de remboursements en fraude.

Ces caractéristiques sont identiques à celles signalées pour les hôpitaux lucratifs opérant aux États-Unis à savoir 1) l'augmentation des frais de soins ; 2) la réduction de l'accès géographique aux soins due à la concentration dans les grandes villes ; 3) l'augmentation de demandes de remboursement illégales et de ristournes. Les filiales des hôpitaux non-lucratifs poussent les hôpitaux non-lucratifs à se comporter comme des organisations lucratives.

Les filiales lucratives des hôpitaux non-lucratifs ont investi principalement dans les secteurs les plus rentables à savoir : 1) l'offre des produits médicaux assimilés en transformant les activités médicales rentables en filiales lucratives ; 2) l'offre des services auxiliaires comme le parking, la restauration, le nettoyage, la les-

3 United States General Accounting Office, Report to Congressional Requesters, "Non-profit hospitals' for-profit ventures poses access and capacity problems" 1993.7

4 Edward Skloot, Evolution or Extinction : A Strategy for Nonprofits in the Marketplace, Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly 2000 29 :315

sive, etc. ; 3) l'offre de main-d'œuvre, de clientèle et de matériel informatique, ainsi que le consulting de gestion surtout en direction des filiales lucratives gérées par les médecins ; 4) les opérations immobilières notamment la location, la vente et le leasing des terrains et des bâtiments appartenant aux hôpitaux.

En Corée du sud, ces périmètres élargis d'activités annexes recourent ceux dans lesquels les hôpitaux lucratifs ont investi principalement. Ces activités sont : le développement et la recherche de médicaments et de matériels médicaux ainsi que de matériels pour les handicapés ; 2) d'autres activités annexes élargies ; 3) le service pour attirer des clientèles étrangères, l'hôtellerie et autres activités médicales assimilées dans lesquelles les médecins investissent. Les 1) et 3) sont des activités dites « prioritaires autorisées », mais comme toutes les activités annexes sont autorisées aux filiales lucratives, la distinction par priorité, de fait, n'a pas de sens.

Les filiales lucratives des hôpitaux non-lucratifs aux États-Unis ont continué à exister même après que certaines réglementations aient été imposées. Elles jouent le rôle d'intermédiaires, soit pour faciliter la transformation de nombreux hôpitaux non-lucratifs en hôpitaux lucratifs, soit pour modifier les structures de gestion hospitalière non-lucratives en structures lucratives.

En fin de compte, le processus de privatisation de la santé aux États-Unis, provoqué par les coupes successives dans les budgets d'action sociale par les administrations de Reagan et de Bush, est passé par les voies suivantes : 1) la création des hôpitaux lucratifs ; 2) la transformation des OMS (health maintenance organizations) non-lucratives en entreprises lucratives ; 3) la création de filiales lucratives par des hôpitaux non-lucratifs. Autrement dit, la transformation des hôpitaux non-lucratifs en hôpitaux pratiquement lucratifs ou les créations de nombreuses chaînes d'hôpitaux lucratifs qui se sont produites aux États-Unis sont attribuables à l'émergence des filiales lucratives des hôpitaux non-lucratifs.

Par ailleurs, lorsque la création des filiales lucratives est autorisée pour les hôpitaux non-lucratifs, les prescriptions relatives aux investissements de l'Accord de libre-échange entre la Corée du sud et les États-Unis seront appliquées à toutes les réglementations prévues par la loi relative à la santé. Cela signifie que cette loi qui définit les hôpitaux qui sont des personnes juridiques non-lucratives sera incluse dans le champ couvert par l'Accord de libre-échange sud coréano-américain. En conséquence, la loi relative à la santé pourrait bien faire l'objet de médiation entre les capitalistes et les gouvernements nationaux.

L'autorisation de la création des filiales lucratives par les hôpitaux non-lucratifs fut votée malgré une opposition massive de deux millions de personnes. Suite à cette décision, des directives qui encadrent les filiales lucratives ayant une série d'activités annexes (la gestion d'hôpitaux lucratifs à l'étranger ou l'hôtellerie) ont été également édictées.

2) Fusion des personnes juridiques médicales

Aujourd'hui, c'est la loi relative aux fondations d'utilité publique avec la personnalité juridique qui est appliquée à la fusion des personnes juridiques médicales prévues par la loi relative à la santé (article 50 de la loi relative à la santé). Cette loi rend la fusion des personnes juridiques médicales impossible. Toutefois, le gouvernement, en affichant sa politique pour les investissements sanitaires et médicaux, a déclaré qu'il présenterait un projet d'amendement de la loi relative à la santé afin de lever l'interdiction de la fusion entre les personnes juridiques médicales.

S'agissant des personnes juridiques médicales qui sont non-lucratives par définition, avant la modification de la loi, il n'existait pas de méthode légale pour les revendre. C'est pourquoi quand une personne juridique médicale avait fait faillite et fermé, tous ses biens auraient dû revenir à la propriété de l'Etat ou d'une collectivité territoriale. Toutefois pour le représentant de cette personne juridique médicale qui avait investi dans la création de l'hôpital, il était difficilement acceptable de tout céder à l'Etat ou à une collectivité territoriale sans pouvoir récupérer même une petite fraction de ce qu'il a investi. C'est pourquoi l'Association sud-coréenne des hôpitaux défendait que la levée de l'interdiction permettrait aux petits et moyens hôpitaux, créés et gérés comme personnes juridiques médicales et qui n'ont pas de structures de retrait, d'éviter la faillite ou le recours illicite à un prête-nom en cas de difficulté économique.

La levée de l'interdiction sur la fusion des personnes juridiques médicales est une mesure qui permettrait en même temps leur vente. Avec la légalisation de la fusion entre les nouvelles personnes juridiques médicales ou leur rachat-fusion, il devient possible de mettre un prix à un hôpital. Le capital investi dans une personne juridique médicale est traité comme un bien récupérable. De plus, quand une personne juridique lucrative est créée en tant que filiale d'une personne juridique médicale, il sera alors possible pour les investisseurs de récupérer leurs biens de diverses manières à travers cette filiale.

En fin de compte, la légalisation de la fusion entre les personnes juridiques médicales et la création des

filiales lucratives par ces dernières rendent possible la création des chaînes d'hôpitaux. En outre, comme il est signalé plus haut, si les investisseurs étrangers participent à la création et la gestion des chaînes de filiales lucratives, celles-ci seront assujetties aux clauses concernant les investissements de l'Accord de libre-échange avec les États-Unis.

3) Télémédecine - soins à distance entre les professionnels de santé et les malades

La télémédecine est au stade de projet modèle en Corée du sud. Lors de la propagation du syndrome respiratoire du Moyen Orient (MERS), la télémédecine a été autorisée à titre temporaire dans l'Hôpital Samsun à Séoul. Aujourd'hui, l'introduction de la télémédecine est un projet central pour la « politique économique créative » du gouvernement de Park Geun-hye. Pour la mettre en œuvre, un projet d'amendement de la loi relative à la santé a été décidé par le Conseil des Ministres et soumis aux délibérations parlementaires.

Le problème majeur de la télémédecine est son effet incertain par rapport à son coût considérable. Elle risque de faire augmenter les coûts de soins. Ensuite, comme les technologies utilisées ne sont pas encore au point, la sécurité des soins n'est pas entièrement démontrée. Enfin, le plus important des problèmes est le risque de fuite des informations personnelles des malades et de leurs pathologies qui sont nécessairement stockées par ce type de médecine.

Selon le gouvernement, en admettant que toutes les infrastructures nécessaires à la télémédecine, y compris des ordinateurs hautement performants et le câble optique, soient installées, il faudrait environ 800 000 won pour acquérir un appareil biométrique. Pour sa part, la Société publique d'assurance maladie, après une étude interne, évalue à 1,2 million de won l'achat du même appareil. Il va de soi que celui-ci n'a pas encore passé l'essai clinique approprié. En conséquence, sa sécurité n'est pas garantie. A entendre l'annonce gouvernementale, si la télémédecine était mise en pratique, elle concernerait 8 millions de personnes. Et si une personne juridique sur deux achetait un appareil biométrique, le total des achats s'élèverait à 2 billions de won. Ce seul investissement ferait gonfler considérablement les coûts de soins, qu'il soit pris en charge par l'Etat ou directement par la population.

Les coûts des soins télé-médicaux ne seraient pas limités à l'achat de l'appareil biométrique. Il faudrait compter également les frais pour l'installation des infrastructures essentielles comme les ordinateurs et le câble optique, surtout dans les régions éloignées et re-

culées. La maintenance et les frais d'utilisation des matériels nécessaires ne sont pas encore pris en compte. Les coûts en seraient exorbitants si on les prenait tous en considération. La question qui se pose est de savoir si la télémédecine produirait les effets attendus pour justifier de coûts de plusieurs dizaines de billions de won. A cet égard, l'Union européenne a conclu que la télémédecine dont le rapport coût-bénéfice n'a pas encore été vérifié et la sécurité pas non plus démontrée, n'a pas encore atteint le niveau suffisant pour pouvoir remplacer la médecine traditionnelle de face-à-face.

En Corée du sud, un cinquième du pays est dépourvu d'établissements d'accouchement et dix pour cent de ses collectivités territoriales n'ont pas d'établissement médical pourvu d'urgences ou de centre d'urgences médicales accessibles en moins de 30 minutes. Par conséquent, la nécessité n'est pas la télémédecine, mais bien plutôt un service public de santé construit avec l'argent prévu pour la télémédecine.

Les États-Unis sont le seul pays dans le monde où la télémédecine fut mise en pratique. Elle fut introduite à titre de programme pilote conduit par certaines entreprises et des compagnies d'assurance privées en direction des jeunes adultes dans le but de réduire les soins coûteux dispensés par certains médecins. Mais ce type de programme est mis en œuvre aux États-Unis dans des grandes villes fortement peuplées dont le contexte est largement différent de celui de notre pays qui a un système d'assurance maladie universelle. Il ne faut pas confondre la situation aux États-Unis où l'on doit recourir à la télémédecine tellement les coûts de soins médicaux sont élevés, avec celle de notre pays où il y a encore des cabinets de médecins disséminés dans nos villes.

Le gouvernement de Park, en particulier, impulse une politique qui vise à permettre aux compagnies d'assurance privées, de combiner les entreprises de maintenance de la santé, avec la télémédecine et de les gérer. Cette politique propose de transformer le système de santé de la Corée du sud en autorisant l'existence des OMS (health maintenance organizations) et en favorisant la création d'entreprises lucratives de type hôpital-compagnie d'assurance-OMS qui soutiennent le système de santé à l'américaine. Cela revient à préconiser la privatisation de la santé à la manière des États-Unis. Là est le danger de cette politique.

4) Simplification de l'évaluation des nouvelles technologies de la santé

L'évaluation des nouvelles technologies de la santé est un processus de vérification de la sécurité et du rapport coût-bénéfice des nouvelles technologies pro-

posées. Ce processus dure environ 1 an. Comme la sécurité et le rapport coût-bénéfice des technologies de la santé nouvellement proposées n'étaient que rarement vérifiés et confirmés, ce processus fut introduit dans le but d'évaluer la validité et le coût spécifique de ces nouvelles technologies.

Regardons le résultat de cette évaluation en Corée du sud. Depuis que ce processus d'évaluation fut introduit en 2007, un total de 1253 demandes d'évaluation a été déposé. Or 724 (51 %) d'entre elles ont été rejetées car les nouvelles technologies en question étaient jugées non-conformes aux critères de l'évaluation. Parmi les 529 cas qui ont été retenus pour l'évaluation définitive, 395, soit 31,5 % du total, ont été confirmés comme sûrs et valides. Ils ont été reconnus officiellement comme nouvelles technologies de la santé.

Avec la simplification de la procédure d'évaluation, les filiales d'hôpitaux sont autorisées à faire de la recherche et de développement, ainsi que des applications biotechnologiques. Dès lors, les nouvelles technologies en matière de biotechnologie risquent d'être utilisées pour les malades sans passer par une procédure d'évaluation. Ce risque potentiel s'applique également aux matériels médicaux importés alors qu'aujourd'hui leur introduction exige encore une évaluation comme les nouvelles technologies de la santé. Par ailleurs, cette règle de simplification sera coercitive car les prescriptions concernant les médicaments et les matériels médicaux du chapitre V de l'Accord de libre-échange avec les États-Unis lui seront appliquées, ce qui pourrait rendre impossible de faire marche en arrière.

5) Simplification des essais cliniques

Sur un autre plan, le gouvernement tente de lever la réglementation pour pouvoir traiter la phase I d'essai clinique pour la recherche, de manière identique à la phase I pour la commercialisation.

Il faut dire que les critères de sécurité et d'autorisation des essais cliniques ont déjà été largement dérèglementés dans notre pays. A titre d'exemple, parmi les 5 produits autorisés dans le monde comme agents de traitement à cellules souches, 4 ont été déposés par des sociétés coréennes en Corée du sud. Par contraste, les États-Unis, sont le pays qui compte le plus grand nombre d'entreprises biotechnologiques de renom. Le développement des médicaments par voie biotechnologique y a commencé avant tous les autres pays, y compris une grande partie des essais cliniques sur les cellules souches pour les traitements. Or, aux États-Unis, il n'y a aucun médicament utilisant les cellules souches qui aient été, jusqu'à présent, autorisées. A plusieurs reprises, la revue « Nature » a exprimé son

appréhension à l'égard du développement effréné en Corée du sud de médicaments à cellules souches. En effet, en 2010, deux personnes sont réputées mortes en Corée du sud à cause de ce type de médicament développé et fabriqué par RNL Bio.

Malgré cela, le gouvernement de Park a annoncé récemment le 6^{ème} Plan pour l'activation des investissements qui vise à assouplir les réglementations concernant les essais cliniques des médicaments à cellules souches.

Les essais cliniques pour les chercheurs phase I sont dispensés pour tous les agents de traitements à cellules souches depuis la seconde moitié de 2014 alors qu'ils étaient dispensés uniquement pour les agents de traitement avec les cellules souches des malades eux-mêmes. Parmi les essais cliniques, les « essais cliniques de recherche » sont des essais effectués par les chercheurs, à leur propre initiative, sans commande externe. Les « essais cliniques commerciaux » sont ceux réalisés par les entreprises dans le but de commercialiser des produits. Les niveaux de contrôle de ces deux catégories d'essais diffèrent suivant leurs finalités.

Dans le cas des essais cliniques commerciaux, étant donné l'importance du nombre de malades auxquels les résultats de ces essais sont appliqués directement, les critères et l'évaluation sont plus rigoureux. L'homologation et le contrôle sont faits par l'Agence de la sécurité alimentaire et pharmaceutique. Dans le cas des essais cliniques de recherche, l'homologation et le contrôle sont confiés à l'IRB, une commission d'examen des essais cliniques de l'organisme à laquelle les chercheurs appartiennent (Pour les agents thérapeutiques cellulaires, mêmes les essais cliniques de recherche ont besoin de l'autorisation de l'Agence de la sécurité alimentaire et pharmaceutique). On peut observer qu'au travers des dérèglementations des essais cliniques, le gouvernement a fait reconnaître les résultats des essais cliniques de recherche phase I comme ceux des essais cliniques commerciaux phase I. En effet, en 2012, l'Agence de la sécurité alimentaire et pharmaceutique a pris le décret suivant : si la sécurité d'une thérapie par les cellules souches du malade lui-même est garantie par la documentation, soit des essais cliniques de recherche, soit d'une publication scientifique, cette documentation est considérée comme celle de l'essai clinique initiale pour la sécurité. Cette disposition a été prise afin de « faciliter le partenariat entre, d'une part, les chercheurs de traitements cellulaires auto géniques, et d'autre part, les entreprises qui veulent commercialiser ces traitements ».

Les résultats d'essais cliniques de recherche ne devraient pas être appliqués immodérément aux résultats

d'essais cliniques commerciaux, car ces derniers sont, eux, directement appliqués aux malades. Comme l'affaire de la falsification des résultats des essais par une chercheuse japonaise, Haruko Obokata, et un chercheur coréen, Hwang Useok, l'a démontré, des revues scientifiques aussi prestigieuses que « Nature » et « Science » se laissent abuser par des articles prétendument scientifiques. Il est donc incroyable qu'un gouvernement puisse proposer de reconnaître la sécurité d'une thérapie par le seul fait que celle-ci a fait l'objet d'un article paru dans une grande revue scientifique.

Quoi qu'il en soit, le gouvernement de Park Geun-hye tente d'élargir le champ d'application des prescriptions qui s'appliquent uniquement aux agents thérapeutiques utilisant des cellules souches auto géniques à toutes les thérapies cellulaires souches. Les cellules souches auto géniques, comme leur nom l'indique, sont issues de leurs propres cellules souches. Elles sont prélevées et cultivées pour les multiplier avant d'être transplantées par auto implantation. C'est pourquoi elles sont connues comme posant moins de problème de nature médicale ou éthique. Mais le risque serait plus grand si cette invention était appliquée aux cellules souches humaines allo géniques ou aux cellules souches issues d'autres espèces.

Parmi les mesures politiques mises en œuvre par le gouvernement pour assouplir les réglementations, on retiendra celle qui permet aux écoles de médecines d'avoir une société holding technique indépendante et de créer, par l'intermédiaire de cette holding, une filiale lucrative pour accueillir directement les investisseurs. Cela permettra aux écoles de médecine de bénéficier d'aides directes des entreprises biotechnologiques destinées aux hôpitaux et aux médecins. Comme le 6^{ème} Plan pour l'activation des investissements l'a souligné, l'offre importante d'incitations et de brevets en direction des chercheurs à travers les holdings pourrait considérablement modifier la situation.

Qu'un chercheur (ou un médecin) ait des motivations intéressées à l'insu des malades qui font l'objet d'essais cliniques pose un sérieux problème d'éthique médicale. Comme l'a montré l'affaire Gelsinger qui s'est produite à l'université de Pennsylvanie aux États-Unis en 1999, les malades croient que les médecins effectuent les essais cliniques sans aucune arrière-pensée. Jesse Gelsinger, garçon de 18 ans, souffrait de la déficience d'ornithine carbomoyltransférase, mais il n'avait pas de troubles mortels. Il vivait normalement en suivant une médication. Lui et sa famille ont accepté de participer à l'essai clinique d'une thérapie génétique malgré son haut risque. Pour eux cela représentait une contribution d'intérêt général, au dévelop-

pement de la médecine au service de l'humanité. Ils portaient une grande confiance en les chercheurs. Or, le garçon est mort au bout de 3 jours après l'injection de l'agent en question.

Au lendemain de l'accident, la famille Gelsinger qui avait une grande confiance en les chercheurs a pris parti plutôt en leur faveur. Mais par la suite, l'enquête menée par la FDA américaine a révélé que Dr Wilson et l'Université de Pennsylvanie n'avaient pas signalé un effet secondaire fatal de cet essai clinique effectué avec des primates. Ce qui a été déterminant, c'était que l'Université et le Dr Wilson étaient tous les deux actionnaires de la société biotechnique Jenovo, commanditaire de l'essai clinique qui a causé la mort de Jesse. En outre, la société Jenovo finançait l'institut de recherche fondé par Dr Wilson tous les ans à la hauteur de 20 % des frais de recherche du docteur et détenait en échange le droit exclusif de commercialiser les produits de ses recherches. Ce genre de relation d'intérêt économique a facilement réduit à néant l'éthique du médecin et de l'université.

Séoul, capitale sud-coréenne, est déjà devenue la première ville du monde pour le nombre d'essais cliniques qui y sont réalisés. Le gouvernement met en avant une politique visant à faire des essais cliniques une véritable industrie. La simplification des essais cliniques est une dérèglementation qui consiste, en fait, à offrir la population sud-coréenne en sacrifice à ces essais. Cette pratique est extrêmement dangereuse. Car, si les médicaments ainsi développés ne sont pas remboursés par l'assurance maladie, ils rapportent beaucoup aux entreprises qui les présentent comme de nouvelles technologies médicales très coûteuses. Mais pour les malades qui doivent les acheter eux-mêmes, il s'agirait de l'émergence de nouvelles technologies à haut risque et extrêmement chères qui n'ont peut-être pas d'effet thérapeutique sur leurs maladies.

6) Promotion de la Loi-cadre pour le développement des services

En résumé, cette loi consiste à considérer le domaine de la santé et des soins comme une industrie de service à part entière et à l'obliger à suivre les recommandations de la Commission du développement des services sous la tutelle de la Ministère des plannings et politiques financières. Elle fut abrogée à la 17^{ème} session parlementaire pour les raisons suivantes : 1) elle détruit le caractère essentiellement social et public des domaines de politique sociale publique comme l'éducation et la santé, en considérant ces domaines comme « industries de service » ; 2) elle donne au Ministre des finances et des plannings, qui

préside d'office la Commission pour la promotion des industries de service, le pouvoir de modifier ou d'annuler les projets et les ordonnances des Ministères directement concernés, avant les autres Ministères des affaires principales comme les Ministères de l'éducation ou de l'action sociale ; 3) les politiques sociales publiques qui exigent des discussions sociales extensives seraient décidées à la seule discrétion du Ministère des plannings et politiques financières.

En 2012, le gouvernement a réintroduit au parlement un projet de loi-cadre pour le développement des industries de service, mais son contenu ne présentait pas de changements substantiels par rapport au projet de loi précédent dont les problématiques sont citées plus haut. Les projets et les ordonnances du Ministère des plannings et politiques financières qui posent problème actuellement concernent surtout les domaines des politiques publiques sociales comme l'éducation, la santé, les télécommunications etc. dont le traitement ne peut être le même que celui de problèmes industriels. Comme problèmes les plus représentatifs, on pourrait citer, dans le domaine de la santé, l'autorisation des hôpitaux lucratifs, la promotion des qualifications professionnelles, l'autorisation des entreprises de service pour la maintenance de santé ou dans le domaine de l'éducation, les problèmes des écoles pour les étrangers.

Les pouvoirs du Ministère des plannings et politiques financières se sont considérablement renforcés. Parallèlement le plan fondamental pour le développement des industries de service est déterminé par la Commission pour le développement des industries de service (article 5-1). Sur la base de ce plan général, les autres Ministères décident chacun de leur plan pour la mise en œuvre du plan fondamental (article 6-1, 2, 3). Étant donné que le plan fondamental de chaque Ministère doit en principe être en harmonie avec celui du gouvernement (article 3-2), la Commission pour la promotion des industries de service peut toujours sur de vastes champs et d'une manière globale et directe exercer son pouvoir sur tous les projets qui peuvent être définis comme ceux d'industries de service.

En un mot, le nouveau projet de loi peut être baptisé « Loi pour la dictature de la Commission pour le développement des industries de service ». Il voit dans la nature sociale et publique de certains domaines un obstacle majeur pour le développement industriel et essaie d'évaluer le tout, à l'aune des activités industrielles et des profits qu'il peut créer. On pourrait le considérer comme un projet de loi qui vise à mettre le Ministère de la santé et de l'action sociale sous la tutelle du Ministère des plannings et politiques finan-

cières. Ainsi assure-t-il juridiquement et institutionnellement la privatisation de la santé.

7) Promotion continue des hôpitaux lucratifs

Le gouvernement de Park Geun-hye continue à promouvoir les hôpitaux lucratifs. Depuis peu, les travaux de construction d'un hôpital lucratif sont lancés par un groupe chinois Greenland dans l'île de Jeju. Un hôpital lucratif, une fois construit, ne peut être supprimé à cause de l'accord de libre-échange entre la Corée du sud et les États-Unis. En outre, avec les réglementations existantes, les organismes de santé sud-coréens peuvent, par l'intermédiaire d'investisseurs étrangers, créer des hôpitaux lucratifs sur l'île de Jeju et dans les 8 zones économiques libres existantes dans notre pays.

8) Promotion de l'Accord de partenariat transpacifique (TPP)

On sait que le TPP consiste essentiellement à renforcer le droit exclusif sur les médicaments et les matériels médicaux. Mais en réalité, il encadre tous les services médicaux par les investissements. A moyen et à long terme, il entraîne la privatisation des services publics et l'introduction du système américain dans le domaine des services médicaux.

III. Conclusion

La politique de privatisation de la santé est promue par le gouvernement de Park Geun-hye d'une façon très détournée. En apparence, elle semble anodine, mais en réalité, elle est remplie de dispositifs pour accélérer le processus en cours à travers la création massive d'hôpitaux lucratifs et de soins non-remboursables par l'assurance maladie. Par exemple, la télémédecine offre à distance des services qui appartiennent non pas au domaine de la médecine mais à celui de maintenance de la santé. Les entreprises lucratives sont alors autorisées à offrir ces services. C'est aussi un dispositif pour privatiser tous les services de maintenance de la santé. Par ailleurs, le gouvernement de Park propose dans le cadre de sa politique de privatisation de la santé, le développement des technologies comme moteur de la nouvelle croissance. La simplification de l'évaluation des nouvelles technologies de la santé et celle des essais cliniques sous prétexte de développer les technologies médicales de pointe en sont les exemples parlants. D'autres exemples seraient dans la déréglementation des matériels médicaux et l'autorisation de la télémédecine.

Le gouvernement de Park vise à faire sauter d'un seul coup les contraintes juridiques pour mener sa

politique de privatisation de la santé par un moyen drastique à la fois juridique et institutionnel : la Loi-cadre pour le développement des industries de service. Actuellement, cette loi-cadre est en discussion au parlement sous le nom du « premier projet de loi sociale ».

Depuis la crise économique mondiale de 2008, les privatisations dans le secteur public posent problèmes dans les différents pays du monde. La politique de privatisation dans une période d'austérité consiste à couper l'action sociale et à faire en sorte que les services publics jusque-là pris en charge par le gouvernement soient offerts par les entreprises. Ces mesures peuvent augmenter l'efficacité des services mais aussi rendre incontournables les difficultés financières. Les politiques d'austérité et de privatisation poursuivies dans une période de crise économique ont souvent un caractère très tenace. A titre d'exemple, l'an dernier, le gouvernement de Park a modifié le décret pour élargir les activités annexes des hôpitaux afin de permettre à ces derniers de créer sur leurs sites des piscines, des clubs fitness, des galeries marchandes et des hôtels. C'est un exemple qui illustre bien jusqu'où peut aller la dérèglementation pour les hôpitaux. A cet égard, la poursuite de la construction du premier hôpital international lucratif dans l'île de Jeju malgré la propagation de MERS pour accélérer l'autorisation des hôpitaux lucratifs n'a rien d'étonnant.

Le gouvernement de Park reste imperturbable face à une opinion publique moyennement adverse. Il continue à mettre en œuvre sa politique de privatisation de la santé. En conséquence, afin de résister à la vague de privatisations et de dérèglementations en cette période de crise économique, il nous faudra construire un mouvement populaire vaste et puissant sur la base de la solidarité.

Communication pour le colloque du 10 octobre 2015 de Min-Iren à Osaka

La Sécurité sociale : un droit humain pour résister au néolibéralisme

Par le D^r Mamoru FUJITSUE, Président de MIN-IREN

I. Progression de la pauvreté et des inégalités en matière de santé

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a identifié quatre défis majeurs qui devraient être relevés par les services sanitaires et médicaux dans le monde d'aujourd'hui. Il s'agit de :

- 1) répondre au vieillissement des populations,
- 2) surmonter les inégalités en matière de santé,
- 3) arrêter les hausses du coût des soins et enfin
- 4) appréhender et régler la marchandisation

des soins sanitaires et médicaux.

Pour ce faire, l'OMS propose la promotion de la couverture sanitaire universelle (Etat dans lequel tous ceux qui ont besoin des services essentiels de santé doivent pouvoir y accéder sans être exposés à des difficultés financières). Elle appelle les gouvernements nationaux, ainsi que les principales organisations sanitaires et médicales à y travailler.

En 2011, le Japan Science Council publia un document intitulé « Proposition pour comprendre et améliorer l'état actuel des inégalités sociales en matière de santé au Japon ». En s'appuyant sur les trois indices concernant la population de notre pays, à savoir le taux de natalité (190^{ème} des 196 pays), le taux de suicide (13^{ème} des 107 pays) et le taux de pauvreté relatif (2^{ème} après les États-Unis parmi les pays industrialisés avancés), il a mis en évidence le fait que le Japon était devenu une des sociétés où il est difficile de se reproduire et de vivre. Il demandait au gouvernement de développer des mesures politiques pour remédier cette situation.

MIN-IREN, pour sa part, a publié les résultats des études qu'il a mis en œuvre avec la collaboration des établissements membres, telles que « Étude et analyse des usagers de nos services d'assistance-conseil concernant les frais des soins sanitaires et à domicile ainsi que de notre service de soins gratuits », « Enquête des cas de décès dus à des retards d'intervention », « Enquête sur l'accès déplorable aux soins dentaires » etc. Nous avons voulu démontrer à travers ces études que de plus en plus de personnes, de tous les âges, sont obligées de renoncer aux soins pour des raisons économiques et

que, dans certains cas, le retard d'intervention médicale conduit au décès. Nous avons aussi voulu signaler des situations de non-respect du droit à la vie, et du droit à la santé, de chaque citoyen, des situations graves de personnes mises en marge de la couverture de l'Assurance maladie nationale. En effet, les personnes qui ne peuvent pas verser leurs cotisations ont une couverture réduite (Pour plus de six mois de non-versement des cotisations, la couverture d'assurance est réduite à une durée de quelques mois, et le non-versement de cotisations de plus d'un an les oblige à payer la totalité des frais médicaux qui ne leur seront remboursés qu'après le règlement des cotisations). C'est pourquoi, on recense nombre de ces personnes qui ne sont pratiquement plus assurées par aucune assurance parmi les malades admis en urgence dans nos établissements. Bien que 15 ans se soient passés depuis la création de l'Assurance nationale Dépendance, les usagers à revenus modestes n'ont toujours pas d'accès aux soins adéquats alors qu'ils sont censés être assurés contre la perte d'autonomie. Il est évident que cela est dû principalement à la pauvreté des travailleurs causée par la prolifération d'emplois précaires, le sous-emploi et le chômage, à la pauvreté des personnes âgées dont les conditions de vie et la santé sont menacées par l'insuffisance de retraites et à la pauvreté des familles monoparentales, mères et enfants.

Pendant 10 ans depuis 2005, MIN-IREN a mené une enquête sur les cas de décès dus au retard d'intervention sur des personnes qui se sont abstenues de recevoir des soins pour des raisons économiques. Pendant les premiers 3 ou 4 ans depuis le début de l'enquête, le nombre de décès restait autour de 30 cas par an. Par la suite, ce nombre est passé à entre 50 et 70 par an, le total de ces 10 dernières années s'élevant à 446. Pour les 5 dernières années en particulier, nous avons recensé 308 cas dont 250 hommes et 58 femmes. 73 % de ces personnes avaient entre 50 et 70 ans et 45 % ne travaillaient pas. Avec ceux qui avaient des emplois précaires représentant 25 % du total, une grande majorité de ces personnes (70 %) avaient subi de plein fouet les conséquences du chômage ou de la détérioration de leur statut de salarié.

Ces chiffres montrent surtout que, sans parler de la grande difficulté de trouver du travail une fois dépassé l'âge de retraite, il est très rare pour ceux qui ont perdu leurs emplois et qui ont plus de 50 ans, de retrouver des postes de titulaires. Et quand les conditions de vie deviennent instables faute de revenus, ils ont tendance à se retenir de se faire soigner. Cette tendance est également visible chez les retraités, ce qui témoigne de l'insuffisance des pensions. Certains retraités se plaignent du bas niveau de leurs retraites qui les oblige souvent à réduire l'achat de nourritures.

Bien que différents régimes d'assurance maladie offrent une couverture universelle à l'ensemble de la population, les personnes qui ne peuvent pas verser les cotisations à cause des situations financières déplorables décrites plus haut ont leurs polices d'assurance retirées par les assureurs ou ont une couverture réduite. Dans notre enquête, 115 personnes représentant 37 % des décès dus au retard ou au manque de soins étaient de cette catégorie. Avec 25 autres qui devraient payer la totalité des frais parce qu'ils n'avaient pas payé les cotisations pendant plus d'un an, l'on peut considérer que 45 % du total étaient mis en marge de la couverture universelle. De plus, notre liste de décès comprend celles qui étaient titulaires de l'Assurance maladie nationale mais sont mortes faute de soins. Il s'agit majoritairement des personnes qui n'avaient pas de moyens pour payer les 30 % des frais médicaux qui restent à la charge des assurés. La plus grande cause de décès est le néoplasme malin (cancer) qui représente 64 % du total, soit 198 décès pour les 5 ans d'enquête. En 2014, nous avons affiné notre analyse pour savoir le temps que chaque malade avait mis depuis l'apparition des symptômes subjectifs ou des anomalies signalées lors d'un contrôle médical et la consultation par un médecin. Pour un total de 56 malades, 14 ont attendu pendant plus de six mois avant d'aller voir un médecin, soit un mort sur quatre. Pour les cas de cancers soignables, dépistés suffisamment tôt, les malades étaient morts parce qu'ils s'étaient retenus d'aller se faire soigner à cause des difficultés financières.

II. Caractéristiques de la politique du gouvernement actuel en matière de santé et de protection sociale

La décision prise par le conseil des ministres du gouvernement de Shinzo Abé a modifié l'interprétation de l'article 9 (La renonciation à la guerre et le pacifisme) de la Constitution pour admettre le recours au droit d'autodéfense collective. Avant cela, en 2012, sous le gouvernement du Parti démocratique du Japon

(PDJ) qui approchait de la fin du mandat, l'interprétation de l'article 25 (Le droit de vivre et la protection sociale) de la Constitution fut amendée insidieusement par la mise en place d'une loi nommée « Loi pour la promotion de la réforme de la protection sociale ». Cette loi signifiait la redéfinition de la responsabilité de l'Etat et son désengagement effectif en matière de la protection sociale de la population. Elle stipulait, notamment, que « le gouvernement, conscient de l'importance de l'entraide des citoyens, s'efforcera à promouvoir l'aménagement d'un environnement favorable à l'autonomie et l'auto-assistance de chacun ». Avant la modification, l'article 25 garantissait le droit de vivre des citoyens et attribuait à l'Etat la responsabilité de leur assurer une protection sociale adéquate. « L'article 25 affirme que le Japon adhère désormais aux principes démocratiques les plus modernes dans le monde. Dans le même temps, il confère à l'Etat une responsabilité considérablement plus lourde que celle qui lui était impartie par l'ancienne Constitution » (Recommandation du Conseil de la protection sociale, 1950). Le gouvernement d'Abé, pour sa part, a radicalement changé l'idée de la protection sociale de notre pays : il a procédé à une réforme néfaste de la Loi relative à la protection sociale (régime de garantie des conditions de vie minimales), loi à laquelle aucun des gouvernements successifs avant lui n'avait osé porter atteinte. Il a augmenté la charge du coût des services sanitaires et des soins pour la dépendance supportée par la population. Il a rationalisé le système d'offre de ces services en mettant en œuvre une politique de compression des augmentations naturelles des dépenses de la sécurité sociale. Afin de contenir le mécontentement de la population à l'égard de cette politique et de détourner les besoins accrus de sécurité sociale, il encourage l'élargissement des marchés intérieurs d'assurances et de logements privés pour les personnes âgées. De plus, en désignant le domaine de santé et de services pour la dépendance comme un des piliers de sa stratégie de croissance économique, il encourage le développement de nouvelles technologies médicales et de produits pharmaceutiques ainsi que le tourisme médical et il soutient le déploiement international des institutions sanitaires et médicales basées au Japon. En particulier, il a mis en place des « Zones spéciales stratégiques d'Etat », le premier pas vers la suppression des réglementations existantes.

La politique de réduction des dépenses de sécurité sociale a une histoire de 30 ans derrière elle. Depuis son établissement dans les années soixante, dans le but de favoriser la reconstruction du pays dévasté par la

dernière guerre mondiale, le régime d'assurance universelle nationale a contribué au prolongement rapide de l'espérance-vie des Japonais rarement vu dans le monde. Mais ces acquis disparaissent progressivement, surtout au cours de ces dernières années. Au stade actuel, cette politique de réduction des dépenses de sécurité sociale est devenue incomparablement plus destructrice qu'elle l'a été il y a quelques années. La méthode néolibérale adoptée par le gouvernement consiste à limiter la responsabilité qui incombe à l'Etat pour garantir une protection sociale adéquate et à élargir à la place le marché lucratif des services sanitaires privés. Elle ne va pas tarder à créer d'importantes inégalités entre les riches et les pauvres en termes d'accès aux différents services, comme de la qualité de ces services. Ceci aura des incidences non négligeables sur le moral et la motivation de la population à vivre.

En décembre 2013, MIN-IREN a publié la « Proposition pour construire un système de santé en tant que droit humain ». Nous avons pensé que, pour assurer un système sanitaire éthique et efficace dans l'avenir, il nous fallait mettre en avant une alternative à la réforme actuellement en cours : celle-ci va en effet dans le sens de recul du système public, combiné avec l'extension des marchés lucratifs des services et des soins. Nous proposons d'abord de définir le rôle de l'Etat comme suit :

1 - En vertu de l'article 25 de la Constitution, l'Etat doit maintenir le régime public d'assurance maladie et procéder à une réforme drastique de l'assurance dé-

pendance nationale en vue de réaliser une protection sociale garantie comme un droit humain. Afin d'assurer le service public en matière de santé, il doit renforcer la gestion à but non-lucratif des établissements prestataires de service et mettre sur pied dans chaque communauté locale, un système d'offre de soins et de services adaptés aux besoins locaux.

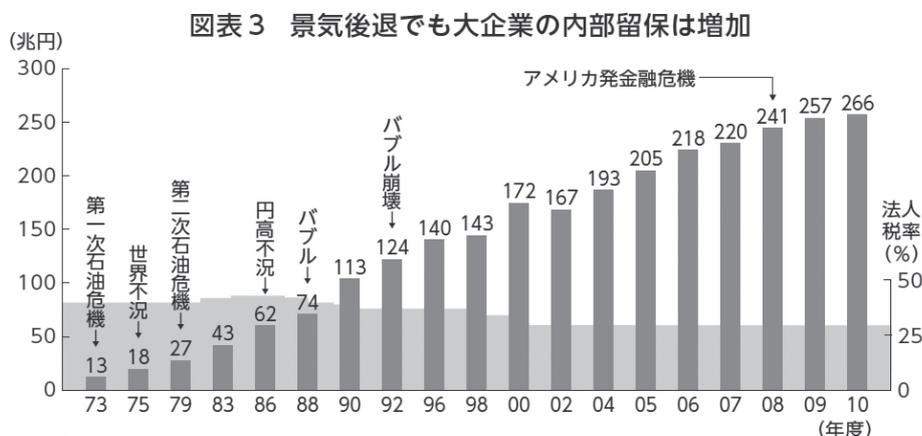
2 - Pour que les services sanitaires indispensables et adéquats soient accessibles « pour tous, partout, et en tout temps », le système sanitaire doit être financé suivant le principe du « chacun selon ses moyens » sur la base des cotisations à la sécurité sociale et des rentrées fiscales. Il doit offrir des services adéquats en espèce et réduire leurs coûts dans l'immédiat, tout en visant à long terme à la charge zéro pour les usagers.

3 - L'Etat doit former en nombre suffisant des médecins et d'autres professionnels de santé respectueux des principes éthiques et démocratiques ainsi que du savoir scientifique, et leur assurer des conditions qui les permettent de continuer à travailler.

4 - S'agissant de l'aide publique pour les personnes défavorisées et des allocations sociales comme l'allocation enfance, l'Etat doit améliorer les régimes existants pour les rendre capables de contribuer à rompre l'enchaînement générationnel de la pauvreté tout en respectant la dignité humaine.

5 - L'Etat doit attacher de l'importance aux « déterminants sociaux de la santé » pour améliorer les conditions de travail et de vie afin de renforcer les actions sanitaires de prévention.

Graphie : Accumulation des réserves internes des grandes entreprises malgré la récession économique

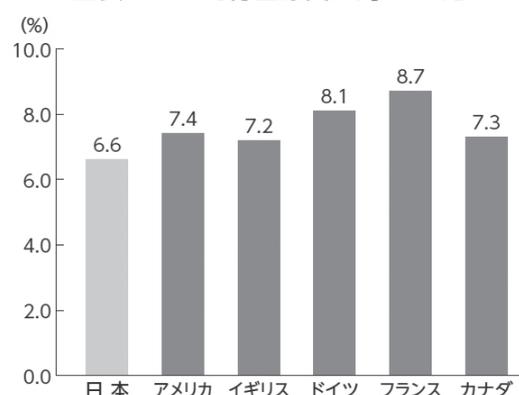


注 : 内部留保は資本剰余金、利益剰余金、引当金(流動負債と固定負債)の合計
資料 : 財務省「法人企業統計年報」、資本金10億円以上の金融・保険を除く全企業約5000社
出所 : 全労連・労働総研編「国民春闘白書2012年」学習の友社、2011年

La crise de la finance d'Etat que le Japon connaît actuellement est causée principalement par le prolongement de la récession économique déflationniste et l'insuffisance des rentrées fiscales due à une « réforme fiscale » en faveur de grandes entreprises et de grandes fortunes. Cette crise a déjà dépassé le niveau auquel il était encore possible pour l'Etat de s'en sortir sans recourir aux augmentations d'impôts, en supprimant les gaspillages des dépenses. Pour financer et soutenir le système de santé dans notre pays,

à la place d'une politique combinant la hausse de la TVA et la réduction des prestations, nous formulons deux propositions : en premier lieu, une réforme fiscale drastique pour une redistribution plus équitable des revenus et le maintien des cotisations sociales basé sur le principe de « chacun selon ses moyens » et en deuxième lieu, l'augmentation de la demande interne, le développement de l'économie locale et la hausse des salaires.

図表11 公的総医療費の対GDP比



出所：「OECD Health Data 2010, Ver. Jun 2010」より作成

Plus concrètement, nous proposons :

1 - Obtenir le consensus de la population pour que l'amélioration de la qualité des services sanitaires et l'accès à ces services dans le contexte actuel de manque de financements, s'appuient sur l'augmentation des contributions (prime d'assurance) et la prise en charge par l'Etat (impôts) plutôt que de faire payer encore plus les malades aux caisses des hôpitaux :

2 - Renforcer l'équité du mécanisme de redistribution des revenus à travers une réforme fiscale qui comprendra une révision drastique du régime fiscal actuel. Cette révision doit surtout corriger le traitement favorable excessif accordé aux grosses fortunes et aux grandes entreprises qui ne cessent d'accumuler des réserves internes.

3 - Proposer la mise en place de réglementations à l'échelle mondiale sur les paradis fiscaux et l'homogénéisation des impôts sur les entreprises entre les pays :

4 - Augmenter les charges sociales patronales, dans un premier temps jusqu'au niveau européen, et revoir les contributions à la sécurité sociale suivant le principe de « chacun selon ses moyens » pour assurer un financement suffisant :

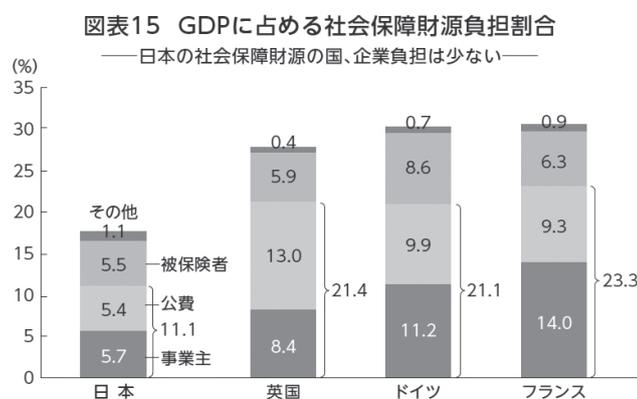
5 - Revoir la répartition du budget de l'Etat avec l'objectif de sélectionner les grands projets publics

en fonction de leur utilité ainsi que de réduire les dépenses militaires et le « budget de sympathie » pour financer les frais de stationnement au Japon des troupes américaines :

6 - Contrôler les hausses des produits pharmaceutiques et des matériaux médicaux qui pèsent lourd dans les dépenses sanitaires de la population et maintenir leurs prix à des niveaux raisonnables :

7 - Promouvoir un développement économique au service de la population par une augmentation de la demande interne de type local et de proximité, ayant comme objectifs la création d'emplois stables et les salaires décents, tout en élevant le niveau de retraite minimum. Les petites et moyennes entreprises ainsi que les organisations non-lucratives dans les domaines de l'agriculture, de la pêche, des énergies renouvelables, de la santé et de l'action sociale seront le moteur de cette économie.

Tableau 15 : Répartition du financement de la protection sociale en % du produit intérieur brut (comparaison Japon, Grande-Bretagne, Allemagne, France)



出所：国立社会保障・人口問題研究所、ILO、Euro Stat (2008年)の資料より作成

La confiance de la population dans le régime d'assurance maladie et son niveau de prestation est fondée sur plusieurs facteurs : des réglementations mises en place par l'État sur les prix de médicaments et de matériels médicaux vendus sur le marché ; la gestion publique de ce régime que l'État finance en partie ; le système d'offre de services par des établissements non-lucratifs qui ne distribuent pas leurs profits aux tiers. Ces facteurs contribuent aussi à la relation relativement bonne entre les patients et les médecins, au respect de l'éthique des professionnels de santé et le niveau relativement bas parmi les pays avancés des frais médicaux et sanitaires. Nous devons faire partager ces leçons à toute la population et avec elle, chercher à pérenniser ces pratiques. Nous devons nous efforcer de les améliorer afin de nous assurer un avenir de la sécurité sociale éthique et efficace.

Communication pour le colloque du 10 octobre 2015 de Min-Iren à Osaka

Le néolibéralisme agit contre la santé et la protection sociale en France

Par le D^r Michel Limousin

Depuis toujours le patronat s'est opposé au développement de la protection sociale et a considéré que ses profits passaient avant le bien-être général. Néanmoins, après la seconde guerre mondiale et les compromissions du patronat avec l'ennemi nazi, l'état politique de la France a permis la mise en place de la Sécurité sociale ; cela a contribué de façon majeure à l'amélioration de la santé et du bien-être général des Français. C'est le ministre communiste Ambroise Croizat qui fut à l'initiative de cette création dont nous fêtons les 70 ans cette année. Ambroise Croizat savait que les luttes seraient dures et continuelles pour atteindre les objectifs ambitieux que le Conseil national de la Résistance avait fixés dans un programme célèbre intitulé « Les jours heureux ». Croizat disait : « *Ne parlez pas d'acquis sociaux, parlez de conquies sociaux, parce que le patronat ne désarme jamais* ». Il avait raison, l'histoire l'a confirmé. L'idée que portaient les fondateurs était : « Chacun cotise selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Ainsi était mis en place un système qui organisait l'accès à la santé, à la retraite, à une politique familiale universelle, financé par une cotisation prélevée directement dans l'entreprise sans intervention de l'Etat ou des compagnies privées.

On peut découper cette lutte en deux grandes périodes. De la Libération au début des années 70, les conflits sociaux et politiques ont porté sur l'organisation de la Sécurité sociale, sa vie démocratique et sur ses moyens. Une réforme a été imposée en 1967 par le Général De Gaulle qui en a confié la gestion de fait au patronat. Dans un livre que nous avons publié en 2010, nous avons dénombré pas moins de 29 réformes gouvernementales allant progressivement dans le sens de la réduction des moyens mis à disposition et du démantèlement. Nous ne développerons pas ici ces mesures. Puis vint une seconde période où les idées du néolibéralisme se sont affirmées très fortement ; l'ambition alors a été de remodeler complètement la société. L'Etat n'était plus la solution mais le problème ; et le monde sanitaire et social est devenu l'enjeu de profits possibles. Il ne s'agissait plus seulement de faire des économies sur les cotisations patronales mais d'élargir le champ d'action du nouveau capitalisme à

des secteurs auxquels il n'accédait pas jusque-là. C'est une véritable révolution néolibérale qui s'est alors mise en marche et elle a conquis le monde. Les élèves de Milton Friedman (Chicago) se sont faits nombreux. Et l'attaque n'a pas seulement été économique ; elle a été idéologique, cherchant à cultiver l'individualisme et à casser tous les mécanismes de solidarité mis en place.

En France, on n'en finit pas au nom du déficit de la Sécurité sociale qui est maintenu et accru systématiquement, de cette avalanche de plans régressifs. Ce sont toujours les mêmes arguments libéraux : le travail coûte trop cher, les « charges » sociales tuent l'emploi, le « trou » de la Sécurité sociale est abyssal. La solution serait le désengagement social du capital. Et, depuis les années 90, c'est la tentative de main mise sur les budgets sociaux par le privé. Va-t-on continuer ce processus jusqu'à la marchandisation complète de la santé et la destruction de la couverture sociale solidaire ? Le projet libéral est individualiste, autoritaire et mortifère. Loi du marché, loi de la jungle. Ce projet libéral est porteur de régression sociale. La crise financière et économique que nous vivons en est l'illustration. Elle démontre même l'incompétence des financiers arrogants qui gèrent le monde dans des démarches spéculatives et ignorent le réel de la vie économique. Le caractère universel de la demande de protection sociale est évident. C'est elle qui nous rassemble à Tokyo en ce mois d'octobre. Les pays les plus pauvres n'ont pas de protection sociale, les plus riches en ont une : si le fait d'avoir une protection ruinait les économies, alors les plus pauvres seraient les plus riches et inversement. La France durant la crise de 2008 lors de l'effondrement des bourses et des fonds de pensions, a moins souffert de la crise que d'autres du fait de l'existence d'amortisseurs sociaux : alors pourquoi vouloir les affaiblir alors qu'il faudrait les développer ?

Et au-delà du désengagement social, les entreprises maintenant visent le désengagement citoyen et écologique du capital : elles refusent de payer les impôts et elles refusent toute réglementation de type pollueur – payeur pourtant si limitée. Derrière le recul de la protection sociale, c'est tout le tissu social et politique

qui se défait. On voit alors l'incapacité du capitalisme à régler les problèmes de l'humanité et à répondre à ses besoins. C'est la raison pour laquelle nous appelons à la résistance pour la protection sociale mais aussi à l'élaboration de propositions nouvelles en particulier d'ordre financier pour permettre une sortie de crise. Les moyens existent, nous allons le démontrer. Un grand mouvement social doit naître et porter haut cette aspiration sociale. Sans luttes, rien ne se fera.

Et la première chose que nous revendiquons est la démocratie. En France, depuis 1983, il n'y a plus d'élections à la Sécurité sociale. Il est urgent de redonner le pouvoir à ceux qui financent par leur travail cette Sécurité sociale qui est faite pour eux.

Nous ne pouvons pas aujourd'hui dans un texte si court développer l'impact de la crise économique et financière nationale et mondiale sur le système de santé et de protection sociale. Mais néanmoins nous pouvons noter que l'explosion des déficits joue un rôle majeur dans cette situation. La dette sociale est en hausse. Les causes de l'explosion des déficits sont :

- Une chute historique de la masse salariale
- Un chômage de masse ancien et qui semble interminable et son corollaire le sous-emploi

Cette situation critique concerne tous les systèmes et touche particulièrement les systèmes basés sur la capitalisation. On note la dégradation exponentielle des comptes de l'Etat. On asphyxie le financement de la Sécurité sociale par l'exonération des charges patronales et l'Etat ponctionne l'argent des structures sociales pour couvrir ses propres dettes consécutives aux cadeaux faits par le gouvernement au patronat.

Les trois principales contraintes que fait subir le libéralisme à notre système de protection sociale

Première contrainte : Les pressions pour réduire le rapport Salaires sur Valeur Ajoutée

Nous notons une baisse du rapport salaires/création de richesses depuis 30 ans. Dans l'ensemble des pays soumis à la loi capitaliste, la part des profits a explosé générant ainsi des fortunes qui s'étalent parfois de façon indécente. Cela a réduit d'autant les ressources de la protection sociale. En France ces vingt dernières années, la part des profits dans les richesses produites est passée de 28 % à 36 %, tandis que les salaires ont suivi le chemin inverse, passant de 72 % à 64 %. Il s'en est suivi un déplacement de 10 points du partage de la valeur ajoutée en défaveur du travail. Ces 10 % représentent chaque année l'équivalent de

200 milliards d'euros ; ils ont littéralement changé de main, passant de la sphère salariale à celle du profit. Cette situation n'est pas propre à la France : c'est l'ensemble du monde qui est touché par cette évolution.

Deuxième contrainte : La protection sociale est maintenant conçue comme un marché

Les capitalistes ont cessé de voir dans les dépenses de protection sociale et particulièrement de santé seulement un prélèvement sur les richesses créées et sur les profits potentiels. Ils y voient aussi un marché à conquérir et une activité économique qui les intéresse. C'est donc une nouvelle stratégie tous azimuts qui est à l'œuvre. L'irruption des assurances sur le marché de la protection sociale est le fait dominant. En effet les masses financières qui sont mises en œuvre dans la protection sociale (en France elles sont largement supérieures au budget de l'Etat), intéressent au plus haut point les compagnies d'assurances et les groupes financiers.

Des conditions préalables sont requises pour que cette démarche soit enclenchée. On citera d'abord la nécessité pour les assureurs de connaître les risques qu'ils couvrent et ensuite la nécessité pour eux de neutraliser la concurrence non marchande (services publics, Sécurité sociale, mutuelles) intervenant déjà dans ce secteur. Pour que le marché assurantiel soit rentable, il faut que les risques soient sélectionnés et donc maîtrisés. Pour qu'ils soient maîtrisés il faut qu'ils soient connus. L'Institut de données de santé créé par la réforme de 2004 organise le partage des données produites par tous les systèmes d'information de ses membres. Cet institut de données est maintenant en place, les 60 millions de Français y sont fichés.

Neutraliser la concurrence est la deuxième condition pour l'arrivée des assurances commerciales sur ce marché. C'est la mise en place des directives européennes et en particulier le nouveau code européen des assurances en 2001 qui a été l'élément central du dispositif. Pour que le marché soit rentable, il faut éliminer les complémentaires solidaires selon les lois de la « concurrence libre et non faussée ». La réorganisation des mutuelles qui restent à ce jour le principal opérateur sur le marché de la complémentarité, a donc été un objectif stratégique pour la finance : le nouveau code des assurances en application des directives européennes a largement vidé les mutuelles de leur culture solidaire. Les compagnies d'assurances mettront la main sur ce pactole qui les fait rêver depuis le début des années 90 : le budget de l'Assurance maladie. Elles pourraient

offrir des prises en charge complètes à tarif compétitif (dans un premier temps). Elles rejetteraient les maladies graves vers le financement public et sélectionneront les catégories sociales solvables et les classes d'âges. La crise de l'Assurance maladie, privée de ses ressources solidaires, deviendrait alors plus dramatique encore.

A ceci, il faut ajouter l'exploitation des nouveaux marchés qui est tous azimuts et offre des tactiques diversifiées selon les champs économiques considérés :

1) Banques et Sécurité sociale : l'endettement de la Sécurité sociale ne passe plus directement par la Caisse des Dépôts (organisme public à but non lucratif) mais elle doit s'adresser au marché international alors que c'est plus cher. La Sécurité sociale dont les emprunts sont garantis par l'Etat est un bon client très profitable pour les banques internationales.

2) Banques et hôpitaux publics : La Sécurité sociale a eu l'interdiction 1983 de prêter de l'argent aux hôpitaux à taux à 0 %. Les hôpitaux ont eu l'autorisation d'emprunter directement auprès des banques : c'est une des mesures du Plan « Hôpital 2007 ». Il s'en est suivi un endettement massif non contrôlé et débouchant sur des emprunts « toxiques » qui ont ruiné certains hôpitaux.

3) Cliniques commerciales : la logique qui a vu le démantèlement des usines en difficulté s'applique avec les mêmes méthodes dans la gestion des cliniques commerciales : rachat, LBO, concentration, délocalisation, financement des opérations par de l'argent public. Les financiers prennent en main des petits établissements, les concentrent dans des chaînes, les rentabilisent et les revendent sans jamais s'intéresser à la santé des usagers, aux personnels ou à la gestion des territoires. Ce sont de purs placements capitalistes de court terme visant la seule rentabilité financière immédiate.

4) Industrie pharmaceutique : l'industrie pharmaceutique a une position dont il faut bien mesurer les contradictions. D'un côté c'est une industrie en pleine prospérité capitaliste : industrie puissante, secteur économique de pointe. La capitalisation boursière est en pleine expansion avec une rentabilité incontestable. La mondialisation de ce secteur est très avancée, le marché dépasse le cadre des frontières ; on ne distingue plus vraiment les sociétés nationales françaises des sociétés multinationales. Les regroupements en chaînes, restructurations, concentrations, licenciements boursiers voulus par les libéraux sont très avancés. Nous avons

là un concentré de la politique ultra-libérale mondiale. Ainsi l'industrie pharmaceutique est-elle l'industrie la plus profitable au monde avec l'industrie de guerre. Elle a la chance de s'appuyer sur un marché en expansion constante : les besoins à couvrir sont immenses, considérés comme prioritaires par les populations et largement solvabilisés par les mécanismes publics ou collectifs. D'un autre côté cette industrie est confrontée aux limites de sa propre logique. Les besoins de la population rentrent en contradiction fondamentale avec la logique de marché. Si bien qu'aujourd'hui de nombreuses questions se posent. Peut-on considérer que, eu égard aux énormes moyens dont elle dispose, cette industrie répond bien aux besoins de la population ? Est-ce qu'elle fournit réellement les produits utiles et indispensables aux malades dans l'ensemble des domaines de la pathologie ? Est-ce qu'elle offre des produits sécurisés tels que l'exigent les consommateurs ? Est-ce qu'elle agit selon le principe de précaution ? Favorise-t-elle le savoir scientifique dont elle a besoin ?

Sur le plan éthique : elle obéit aux lois de fer de la rentabilité. En conséquence elle protège ses intérêts par l'intermédiaire de ses brevets y compris lorsque cela la conduit à refuser aux populations pauvres du tiers-monde l'accès au médicament. En France elle préfère la liberté des prix au libre accès de ses médicaments les plus modernes aux populations démunies. Pour le médicament, la financiarisation poussée à l'extrême induit une perte totale de sens.

Sur le plan de la santé publique : elle refuse de faire de la recherche lorsque le marché n'est pas intéressant.

Sur le plan scientifique : elle n'investit pas dans la recherche fondamentale parce que le retour sur investissement est aléatoire et de toute façon à long terme loin des exigences immédiates de la bourse. Or ce tarissement des sources de la connaissance porte en lui-même le blocage futur des applications et de leur développement. Ainsi peut-on constater que derrière une production profuse se cachent les prémisses d'un blocage dans lequel nous sommes déjà rentrés touchant particulièrement les biotechnologies.

Sur le plan économique : la financiarisation de l'industrie pharmaceutique fait monter artificiellement les prix, elle retire des produits utiles mais dont les marges sont insuffisantes, elle ferme des laboratoires de recherche en France et dans le monde entier, elle gaspille des ressources pour la publicité. Enfin elle utilise abondamment les ressources publiques sans tenir compte des intérêts généraux du pays. L'emploi n'est pas sa priorité. En France les dépenses de médicaments gardent les taux de progression les plus élevés

des dépenses de santé sans augmentation constatée du service rendu. La Sécurité sociale est un client idéal : il achète en grosse quantité et ne négocie rien.

5) Pharmacies de quartier : la réglementation française est un frein au développement des appétits. Les autorisations d'ouverture de pharmacie sont délivrées par les préfets en fonction de l'évolution de la population. Le *numerus clausus* à l'installation qui permet que chaque territoire de 2500 habitants soit pourvu d'une pharmacie et le fait que l'exercice soit indépendant, c'est-à-dire que la propriété soit réservée à un pharmacien diplômé et responsable personnellement de ses actes, gênent la mise en place de grands groupes de distribution. La volonté est alors d'obtenir un marché local plus grand en déréglementant l'installation, de constituer des chaînes de magasins pour obtenir de plus grandes marges de bénéfice et de mettre en place un salariat pour les pharmaciens tout en développant l'arrivée de vendeurs non diplômés. L'éthique ne sera plus la même : on y fera de la vente selon les lois du commerce.

6) Laboratoires d'analyses biologiques : la réglementation en France de ces laboratoires avait peu évolué jusqu'en 2009 : ce sont des professionnels qui les possédaient et les géraient. Le transfert de la propriété des laboratoires à des sociétés anonymes de capitaux est en cours. L'industrialisation et l'informatisation achevées permettent une véritable exploitation capitaliste du secteur si des regroupements de grande échelle se produisent. Les laboratoires de proximité sont condamnés. Le Président du syndicat national des biologistes déclarait il y a peu : « *Le seul objectif de ces groupes financiers est la rentabilité de leurs placements et la réalisation d'importants profits. Voilà la réalité !* ». Comment dans ces conditions seront assurés la qualité et l'accès de tous au médicament ?

Troisième contrainte : L'Europe comme cadre politique et économique

Les réformes libérales qui sont déversées à flot sur les différents pays de l'Union européenne conduisent partout à la réduction de l'accès aux soins pour tous, et à la privatisation. Que ce soit l'augmentation des tickets modérateurs et des forfaits hospitaliers, l'instauration des franchises médicales, l'augmentation des cotisations personnelles, l'augmentation des tarifs des mutuelles, tout concourt à une augmentation des restes à charge et au renoncement aux soins. Le code européen des assurances qui s'applique maintenant dans notre pays aboutit à des concentrations de mu-

tuelles, à la fermeture de leurs services médico-sociaux, à la démutualisation et tend à leur absorption par les compagnies d'assurance privées.

Les dogmes économiques qui dominent le type actuel de construction européenne, visent à déstructurer les systèmes de santé solidaires, alors que ceux-ci constituaient une pièce décisive de la régulation à partir d'un modèle social européen. Ces réformes en cours cherchent à construire de nouveaux systèmes fondés sur la montée de la privatisation, à travers des mécanismes de couverture individualistes et inégalitaires des dépenses de soins.

Au total la situation est marquée par un recul de l'accès aux soins, un recul des services publics, un creusement des inégalités sociales et territoriales de santé, un abandon de la politique familiale et un appauvrissement des retraités.

Propositions pour sortir de cette crise

La question centrale est la suivante : comment appuyer le financement de la protection sur un nouveau type de développement économique, sur les salaires, et sur l'emploi ? Nous voulons redynamiser l'économie pour répondre aux problèmes d'aujourd'hui, avec un financement lié principalement aux cotisations sur les salaires, au plus près de l'entreprise lieu où les salariés créent les richesses. Nous faisons le choix de poursuivre et de renouveler l'orientation prise à la Libération. Il s'agit de prélever les ressources nécessaires là où les richesses se créent. En effet ce n'est que sur la base économique créant la valeur ajoutée que l'on peut dégager les moyens nécessaires. Toutes les mesures prises par les différents gouvernements ont organisé le transfert sur le budget des familles c'est-à-dire sur leurs revenus salariaux via des cotisations individuelles, des restes à charge et des impôts supplémentaires. Le résultat a été négatif : l'emploi a chuté, l'économie connaît la récession ou la stagnation, la protection sociale voit exploser ses déficits, tandis que les salaires et le pouvoir d'achat se dégradent, les inégalités se creusent. Peut-on inverser cette situation ? Peut-on faire autrement ?

La situation des entreprises : la financiarisation de leur gestion

La financiarisation de la gestion des entreprises entraîne qu'une part considérable de leurs profits vient de profits financiers et non de leur activité elle-même. Ces profits financiers ne contribuent pas globalement à la création d'emplois et au contraire se développent contre l'emploi et la croissance réelle, ce qui mine le financement de la protection sociale. Tout ce système encourage les sociétés à chercher ce type de profits im-

médiatement rentables. Ainsi par exemple au cours de la décennie 1998-2008, la part des revenus financiers dans les ressources propres des sociétés non financières est passée d'un peu moins de 24 % en 1998 à 40 % en 2008. Les ressources financières des entreprises peuvent constituer dans l'urgence la base des financements complémentaires pour faire face au besoin immédiat de la protection sociale.

Selon les comptes de la Nation, ils représentaient en 2013 pas moins de 236,2 Mds d'euros pour les sociétés non financières et 90,1 Mds d'euros pour les institutions financières. Soit un total de 326,3 Mds d'euros prélevés sur l'économie au bénéfice des actionnaires et de la finance, ce qui représente 28,1 % de la valeur ajoutée et ne contribue que très marginalement au financement de la Sécurité sociale. C'est pourquoi, nous proposons de soumettre à « cotisation sociale » ces revenus financiers. Soumis aux taux actuels des cotisations sociales employeurs de chaque branche de la Sécurité sociale, ils pourraient générer immédiatement 87,45 Mds d'euros de recettes supplémentaires tous les ans :

- 42,75 Mds d'euros pour la branche maladie (au taux de 13,1 %)
- 27,08 Mds d'euros pour la branche vieillesse (au taux de 8,3 %)
- 17,62 Mds d'euros pour la branche famille (au taux de 5,4 %)

Cette contribution nouvelle, qui dépasse largement les besoins de financements actuels des organismes sociaux, permettrait alors de mener une politique sociale active répondant véritablement aux besoins de la population mais aussi assurerait l'avenir (sanitaire, vieillissement, dépendance, petite enfance). Notre revendication d'un retour à une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie est possible et nécessaire.

Une autre construction européenne est nécessaire pour défendre le modèle social français et européen

De nouveaux traités doivent être pensés pour préserver ce modèle social, s'affranchir des politiques de récession et de la surenchère au dumping social et fiscal pour nourrir la course à la rentabilité financière. Nous voulons au contraire construire une harmonisation vers le haut des systèmes de protection sociale, notamment les systèmes de santé.

Conclusion

Cette analyse succincte de l'état des lieux de la protection sociale française en 2015 face à la crise systémique et au déferlement des réformes libérales nous a conduits à l'élaboration de propositions alternatives pour un projet de sortie de crise. Les ressources de la protection sociale sont celles qui sont créées par ceux qui travaillent. Le capital seul ne crée aucune richesse sans le travail humain. Et l'Etat lui-même ne redistribue à la population que ce qu'elle lui a donné. Ceux qui disent avec mépris qu'il faut faire reculer l'Etat Providence sont souvent les mêmes qui venaient durant la crise de 2008/2009 demander des sommes astronomiques pour financer les banques en faillite pour cause de spéculation. La solidarité reste le bien le plus précieux pour construire cette civilisation humaniste que nous appelons de nos vœux. C'est aussi un puissant facteur d'efficacité économique et sociale et de paix.

C'est pourquoi nous disons qu'il est urgent que les forces progressistes et sociales se rassemblent dans une réflexion commune pour élaborer un programme de sortie de crise. Nous avons besoin de travailler ensemble à un scénario de transition notamment pour la protection sociale. La fuite en avant vers la privatisation du système est une impasse dramatique. Il est indispensable d'agir ensemble pour ouvrir une issue de progrès à la crise du système. Les luttes sociales doivent trouver une réponse politique et de l'espoir. Ceci implique un intense travail de créativité. C'est le sens même de notre démarche ici avec vous.

Le dossier : Sécurité sociale

1945, la création de la Sécurité sociale

Par le Pr Yannick Marec

NDLR : M. Yannick Marec est Professeur d'Histoire contemporaine à l'Université de Rouen. Vice-président du conseil scientifique du Comité d'Histoire de la Sécurité sociale, il préside également le conseil scientifique de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux.

Introduction

Dans le cadre des différentes manifestations commémoratives du 70^e anniversaire de la création de la Sécurité sociale, il me semble que l'accent est davantage mis sur le devenir de la Sécurité sociale, avec des évolutions estimées indispensables, plutôt que sur le rappel des conditions de sa mise en place. Or cette approche me paraît nécessaire non pas dans une perspective quelque peu nostalgique qui verrait dans le passé une sorte d'âge d'or disparu, mais comme un moyen de souligner les enjeux de sa création, enjeux qui restent d'actualité.

Avant d'évoquer l'ordonnance du 4 octobre 1945 et la loi du 22 mai 1946 qui instituent le système français de Sécurité sociale, je ferai donc un détour par le passé en remontant jusqu'au tournant des dix-neuvième et vingtième siècles au moment où commence à apparaître une législation de protection sociale qui a en quelque sorte préparé l'avènement de la Sécurité sociale qui n'est pas partie de rien.

Cet aperçu sur la protection sociale d'avant 1940 me permettra de souligner les principaux aspects de la prise en charge des vulnérabilités sociales avant la Seconde guerre mondiale, en évoquant particulièrement les limites des assurances sociales mises en œuvre durant l'entre-deux-guerres.

Dans un second temps j'évoquerai les modalités spécifiques de l'organisation de la protection sociale sous le gouvernement de Vichy en rappelant aussi comment a émergé l'idée de Sécurité sociale durant la période de l'Occupation pour aboutir au plan de Sécurité sociale envisagé par le Conseil National de la Résistance.

Ma troisième partie sera consacrée à l'année 1945 comme période fondatrice de la Sécurité sociale. Cela m'amènera à donner les principales caractéristiques de

cette institution novatrice tout en précisant quelques limites du nouveau système de protection sociale mis en place à l'époque et qui apparaîtront dans les années postérieures.

I. Aperçu sur la protection sociale d'avant 1940

1) une organisation qui articule différentes logiques de fonctionnement depuis les années 1880-1890

La permanence d'actions sociales traditionnelles reposant sur la charité des œuvres et la Mutualité patronnée

– La société française d'avant 1940 est très contrastée avec de fortes différenciations sociales d'autant plus qu'elle a été marquée par la paupérisation des classes moyennes dans les années 1920 du fait des conséquences de la Première guerre mondiale. Cela donne une grande importance aux œuvres traditionnelles, confessionnelles ou non qui se situent principalement en ville alors que la France demeure longtemps un pays où domine le monde rural.

– Une Mutualité patronnée organisée sous le Second Empire qui reste largement majoritaire, malgré les ouvertures de la Charte de la mutualité de 1898. Elle donne un grand rôle aux membres honoraires et aux notables bien qu'il existe aussi des Mutuelles ouvrières depuis le début du XIX^e siècle et que certaines puissent s'inscrire dans un « syndicalisme de service » développé surtout à partir de la fin du XIX^e siècle.

– Cette forme d'épargne collective cohabite avec l'épargne individuelle favorisée et encouragée par les républicains de la fin du XIX^e siècle par le biais notamment de la création de la caisse d'épargne postale en 1881 qui vient compléter le réseau des caisses d'épargne dites ordinaires dont le premier établissement est celui de Paris qui remonte à 1818.

Progrès et limites de la législation de protection sociale avant la première guerre mondiale

– Une tradition française d'assistance publique renouvelée partiellement avec l'adoption de lois d'obli-

gation qui prolongent des dispositions adoptées par le Comité de mendicité en 1790 durant la période révolutionnaire. C'est ainsi qu'a été adoptée en 1893 la loi sur l'assistance médicale gratuite aux personnes privées de ressources, ce qui dépasse la notion traditionnelle d'indigents en élargissant les secours hospitaliers ou à domicile aux personnes momentanément dans la gêne. En 1905 celle sur l'assistance obligatoire aux vieillards, infirmes et incurables vient en aide à d'autres catégories fragilisées qu'on ne peut accuser d'être responsables de leur situation, une manière de contourner l'objection libérale prompte à mettre en cause la « fausse pauvreté »... Cela traduit un début de prise de conscience collective des questions de santé, une évolution confirmée par l'adoption de la loi de 1902 sur la santé publique. Cependant de grandes disparités existent selon les communes et la médicalisation des institutions sanitaires et sociales (hôpitaux, bureaux de bienfaisance) n'en est encore qu'à ses débuts.

– Les réticences de la Mutualité et du mouvement ouvrier révolutionnaire

Il existe une résistance durable de la Mutualité patronnée à l'égard de l'obligation de cotisation en matière de prévoyance. Les notables de la Mutualité, notamment ceux de la mouvance catholique, y voient un risque de développement du contrôle de l'État sur les œuvres, le recours aux mutuelles devant demeurer du domaine du facultatif, la vertu de prévoyance ne pouvant être imposée. Il existe aussi une hostilité du mouvement ouvrier révolutionnaire (la CGT d'influence anarcho-sindicaliste majoritaire a été créée en 1895) à l'égard de l'idée d'une cotisation obligatoire dans la mesure où les salaires paraissent déjà insuffisants du fait de l'exploitation patronale. Cela explique l'opposition de la CGT à la loi sur les Retraites ouvrières et paysannes de 1910. Celles-ci sont qualifiées de « retraites pour les morts ». Il est vrai que les conditions mêmes de l'accession à la retraite donnaient des arguments à cette interprétation puisqu'au départ la retraite, organisée selon le principe de la capitalisation, avait été fixée à 65 ans, âge ramené à 60 ans en 1912 alors que l'espérance de vie moyenne était nettement inférieure et se situait autour de 40 à 50 ans ! En matière d'accidents du travail une loi de 1898 a reconnu l'existence d'un risque professionnel et mis en place un système d'indemnités forfaitaires pour les accidentés mais ce système de protection dépendait pour une grande part des assurances privées contractées par les patrons pour le paiement des indemnités. Néanmoins, malgré ces insuffisances de la législation sociale républicaine, celle-ci trouve des appuis parmi le mouvement ouvrier et employé réformiste et même dans une

partie du courant socialiste de l'époque qui cherche à l'améliorer. C'est notamment la position de Jaurès qui souligne dans *L'Humanité*, dans plusieurs articles publiés en mars 1905, les ambiguïtés de l'opposition des notables mutualistes à la loi sur les Retraites Ouvrières et Paysannes.

Organisation et reflux d'un système de santé publique mis en place durant la première guerre mondiale

– Un ouvrage récent de Vincent Viet sur *la santé en guerre 1914-1918* a mis en évidence le rôle déterminant du ministre Justin Godart radical-socialiste, internationaliste et pacifiste mais rallié à l'Union sacrée contre l'agresseur allemand. Comme sous-secrétaire d'État du service de santé militaire il est à l'origine de la constitution d'un véritable service de santé publique durant la Première guerre mondiale. Cela s'est traduit par une certaine autonomisation du service de santé militaire par rapport au haut commandement et par un élargissement de ses finalités en direction notamment de la protection sanitaire de la population civile.

– Mais dès la fin du conflit le retour des corporatismes et de l'influence des groupes de pressions, notamment des mutuelles et des médecins, ainsi que l'absence d'une volonté politique affirmée entraînent un reflux des dispositions adoptées durant la guerre. Ainsi on n'observe pas la création d'un véritable ministère de la santé publique dans l'entre-deux-guerres. Les ministères mis en place en 1920 et 1930 notamment dans le cadre de la défense de l'hygiène sociale ne reprennent pas les dispositions adoptées durant la guerre. Il existe donc un véritable hiatus entre la période de la première guerre mondiale et l'après Seconde guerre mondiale dans le domaine de la santé publique.

2) les assurances sociales de l'entre-deux-guerres et leurs limites

Les nouveaux besoins sociaux nés de la guerre

Durant le conflit on a donc assisté à l'essor de l'interventionnisme social de l'État en appui des collectivités territoriales, une situation qui aurait pu perdurer après le conflit. En effet, les conséquences directes et indirectes du premier conflit mondial poussaient en ce sens du fait même des effets de la guerre. Ainsi pour la France on compte 3,6 millions de blessés 1,1 million d'invalides dont 120 000 mutilés et amputés. D'autre part, environ 1 400 000 jeunes hommes ont été tués avec des conséquences démographiques à long terme puisque cela signifiait un déficit démographique une vingtaine d'années plus tard, du fait de l'absence de naissances, mais aussi la nécessité de secourir plus de 700 000 veuves et plusieurs dizaines de milliers

d'orphelins. On voit ainsi se développer l'idée d'un « armement social » des départements entraînant une collaboration entre les œuvres privées et l'action publique notamment en matière d'hygiène sociale. Cela aboutit à la création d'offices départementaux d'hygiène sociale par exemple en Meurthe-et-Moselle sous la houlette du médecin Jacques Parisot ou en Seine inférieure sous l'influence du préfet Charles Lallemand. Le département s'impose dès lors comme la circonscription médico-sociale de base, ce qui est officialisé en 1935.

L'essor tardif est limité de la logique d'assurances sociales

Le retour de l'Alsace Moselle à la France en 1918 pouvait mener à favoriser le développement d'un système d'assurances sociales puisque dans les anciens territoires annexés par l'empire prussien existait depuis les années 1880 le système d'assurances sociales institué sous Bismarck. Il paraissait plus performant que le système de protection sociale en vigueur en France, d'autant plus qu'il prenait davantage en considération le développement de la société salariale. Alexandre Millerand, homme politique passé du socialisme à la droite républicaine et qui deviendra président de la République dans les années 1920 s'était intéressé fortement au système d'assurances sociales allemand comme haut-commissaire du gouvernement en Alsace Moselle au lendemain de la guerre. Cela explique l'existence d'un projet d'assurances sociales déposé dès 1921 dont la finalisation avait été confiée à un membre du Conseil d'État auparavant chargé des retraites ouvrières et paysannes, Georges Cahen - Salvador. Ce premier projet prévoyait l'obligation d'affiliation de tous les salariés jusqu'à un certain plafond de revenus mais aussi l'ouverture à d'autres professions non salariées. Un système de paiement collectif des médecins était prévu par le biais d'une organisation spécifique. Mais ce projet a rencontré de nombreuses résistances notamment celles des sociétés de secours mutuels et des médecins, ceux-ci s'étant d'ailleurs structuré en organisation syndicale à cette occasion. Dans le prolongement les médecins adopteront la charte de la médecine libérale de 1927 prévoyant en particulier le libre choix des praticiens et le paiement à l'acte. Parmi les opposants aux assurances sociales, telles qu'elles étaient envisagées, on retrouve également une partie du monde ouvrier organisé, notamment la CGTU, apparue dans le prolongement de la création du Parti communiste en 1920. C'est seulement à partir du milieu des années 1930 que des appréciations différentes sur la législation sociale commenceront à émerger, une

évolution qui s'affirmera sous le Front populaire. Cela explique l'adoption tardive des assurances sociales en France puisqu'il faudra attendre les deux lois de 1928 et 1930 pour voir leur mise en place. Cependant l'idée de « retard français » doit être nuancée dans la mesure où la France est demeurée un pays à majorité rurale jusqu'au début des années 1930. Dans ces conditions le développement de la société salariale y était beaucoup moins précoce et accentué que dans d'autres pays comme l'Allemagne ou l'Angleterre.

Quelles sont les caractéristiques principales des assurances sociales à la française ?

Elles prévoient la couverture des risques maladies, maternité, invalidité, vieillesse et décès mais ne se préoccupent pas de la question du chômage. La réparation des accidents du travail se fait toujours dans le cadre de la loi de 1898, ce qui donne une grande importance aux assurances privées. De plus, ce qui va devenir les allocations familiales à partir de 1932 est d'abord une initiative patronale, certains patrons durant le premier conflit mondial ayant décidé d'attribuer des compléments de salaire aux pères de familles nombreuses. C'est ce qu'on appelle le sursalaire familial dont l'objectif était non seulement d'encourager les naissances mais aussi d'éviter une augmentation généralisée des salaires tout en assurant une certaine fidélité professionnelle des salariés envers les entreprises à la recherche de main-d'œuvre. Les assurances sociales ne s'étendent obligatoirement qu'aux salariés de l'industrie et du commerce ne dépassant pas un certain plafond de revenus. La retraite est fixée à 60 ans après 30 années de cotisations pour un niveau de pension qui atteint environ 40 % du salaire moyen. Le système repose sur un régime mixte de capitalisation pour la vieillesse et de répartition pour la maladie et la maternité.

Ces assurances sociales présentes donc de fortes limites d'autant plus qu'elles ne concernent pas l'ensemble de la population

D'autre part, du point de vue de leur fonctionnement, il existe de multiples caisses d'affiliation, patronales, mutualistes, syndicales ou rattachées à certains groupements, confessionnels ou non. La Mutualité y joue un rôle déterminant puisque sur 727 caisses d'assurances au total, 176 sont dirigées par la Mutualité et les plus importantes, les caisses départementales sont aux mains également des mutuelles. Ainsi 86 caisses départementales sont gérées par des mutuelles pour 89 départements. Comme indiqué précédemment, il n'existe pas de véritable prise en compte du chômage,

l'aide aux sans-emploi étant assurée principalement par les collectivités territoriales et en particulier les communes. D'autre part, le poids de la médecine libérale explique l'échec du conventionnement des médecins dont la plupart préféraient être payés à l'acte. De plus, avec les effets de la crise économique des années 1930 beaucoup de salariés vont se retrouver en situation de pauvreté et vont devoir faire appel à l'assistance traditionnelle, celle de la charité privée ou celle dépendant des lois sociales adoptées à la fin du XIX^e siècle. Ainsi de manière significative, c'est durant l'entre-deux-guerres que les lois d'assistance évoquées précédemment trouvent leur principale application en termes de financement. Ajoutons que les conquêtes du Front populaire en matière de droit du travail n'auront qu'une incidence limitée dans le domaine spécifique de la protection sociale. Au total on peut donc parler seulement de progrès relatif avec l'adoption des assurances sociales des années 1928-1930. On voit poindre aussi dès cette époque - c'est une préoccupation qui existait déjà avant la guerre de 1914-1918 - l'obsession familialiste née de la crainte de l'affaiblissement démographique du pays. Sa traduction est non seulement la généralisation des allocations familiales en 1932 mais aussi l'adoption du Code de la famille en 1939 qui tente d'organiser l'aide sociale familiale. Ces orientations sont reprises tout en étant redéfinies dans un sens restrictif et discriminatoire durant la période de l'Occupation.

II. La protection sociale sous Vichy

1) Une protection sociale sous influence

Le familialisme et ses prolongements

La devise de Vichy « Travail, Famille, Patrie, » donne une indication sur les orientations familialistes du régime de Pétain. Celui-ci prolonge certaines des préoccupations de l'entre-deux-guerres avec des inflexions fortes qui visent à consolider la famille traditionnelle pour des raisons à la fois sociales et natalistes en même temps qu'idéologiques. Il met à l'honneur les familles nombreuses en soulignant le rôle de la mère de famille, ce qui se traduit par la réactivation de la Fête des Mères qui était apparue dès les années 1920. On cherche à revaloriser les allocations familiales et on crée une allocation de salaire unique en 1941. Vichy se veut aussi le régime qui se préoccupe des vieillards avec l'attribution d'une allocation aux vieux travailleurs, un projet discuté sous le Front populaire. Cependant, parallèlement, on accentue la dimension répressive de certaines dispositions adoptées au lendemain de la Première guerre mondiale. Le régime de Pétain réprime ainsi durement l'avortement qui avait

été interdit par une loi de 1920 mais en allant beaucoup plus loin que les mesures répressives habituelles. Sous Vichy, on ira jusqu'à faire exécuter une femme accusée d'avoir pratiqué l'avortement. De même, le divorce est supprimé et on revient donc sur une des mesures emblématiques de la législation républicaine des années 1880 (loi Naquet de 1884). Le côté moralisateur de l'action sociale est donc très présent et également son côté discriminatoire puisque l'on sait que Vichy et même allé au-delà des demandes de l'occupant en ce qui concerne la chasse aux juifs.

Le corporatisme sous Vichy

La « Révolution nationale » cherche aussi à développer une conception corporatiste des rapports sociaux. C'est l'objectif de la Charte du travail adoptée le 4 octobre 1941 qui vise à promouvoir l'harmonie sociale entre patrons et ouvriers. Les syndicats ouvriers vont refuser d'être partie prenante de cette démarche. En revanche, la Mutualité s'y associe dans la mesure où elle y voit le prolongement de sa volonté de conciliation sociale développée dans le cadre de la Mutualité patronnée. Il y a un non seulement une sorte d'accommodement de la Mutualité à la législation de Vichy mais aussi pour bien des notables une sorte de suite logique des orientations qu'ils voulaient donner aux sociétés de secours mutuels. Cela aura des effets à long terme et contribuera à une remise en cause du rôle de la Mutualité dans le domaine de l'assurance obligatoire. Au contraire cette prise de position devait valoriser le rôle du syndicalisme ouvrier qui s'était fortement démarqué du régime de Pétain.

Au-delà des principes Vichy est confronté au manque de moyens et aux exigences de l'occupant

Ce manque de moyens mine les velléités réformatrices du régime confronté aux demandes et aux exigences croissantes de l'occupant. Par exemple, l'allocation aux vieux travailleurs adoptée en 1941 sous couvert de répartition pour mettre fin au système de la capitalisation conduit le régime à récupérer ce qui restait des cotisations des actifs dans le cadre des assurances sociales. Mais aucun financement spécifique n'est véritablement prévu. Ce qui caractérise le régime, c'est surtout son conservatisme et son passéisme en dépit de l'adoption de certaines mesures qui peuvent paraître novatrices. Quelques-unes de ces mesures seront reprises et prolongées à la Libération mais sur des bases nouvelles et avec des orientations bien différentes de celles de Vichy. Entre-temps elles auront été réinsérées dans des dispositions beaucoup plus larges et bien plus

démocratiques dans le cadre des réflexions menées par la Résistance intérieure et extérieure.

2) La maturation de l'idée de Sécurité sociale durant la période de l'Occupation.

La publication du rapport Beveridge de 1942

Le concept de Sécurité sociale est apparu durant la période du *New Deal* de Roosevelt aux États-Unis donc avant la guerre mais c'est la publication en décembre 1942 en Angleterre du rapport Beveridge sur les assurances sociales qui traduit l'affirmation d'un droit à la Sécurité sociale. Cette affirmation participe à la volonté d'asseoir la démocratie sociale en liaison avec la lutte contre l'ennemi nazi. Il s'agit de promouvoir à la fois le combat contre le chômage et la pauvreté mais aussi une plus grande justice sociale en prônant l'interventionnisme social et économique de l'État. De ce point de vue le futur député libéral puis Lord Beveridge s'inspire autant de la planification soviétique que des préceptes de l'économiste anglais Keynes qui mettait en avant la nécessité de développer un haut niveau de consommation pour conforter la capacité productive. Ce rapport ou Plan Beveridge prône notamment le paiement d'allocations familiales payées à tous, chômeurs ou non, un service de santé gratuit également ouvert à tous, un système uniforme d'assurance garantissant un revenu minimum, ainsi que la recherche du plein-emploi. Dans cette perspective, il est partisan d'une simplification et d'une unification des assurances sociales et d'un financement par l'impôt de prestations égales pour tous. Ce rapport, publié à plusieurs centaines de milliers d'exemplaires, a eu un grand retentissement et il traduit une volonté marquée de rompre avec les formes anciennes de prise en compte de la précarité sociale. Mais il constitue davantage un texte de référence plus qu'un modèle.

Parallèlement se développent les réflexions de la Résistance extérieure et intérieure sur les questions de protection sociale

Le rapport Beveridge était connu de l'entourage du général De Gaulle à Londres, notamment de Pierre Laroque mais sans que cela ait suscité l'adoption d'un programme précis pour l'après-guerre. Le seul document prospectif est le rapport Gendrot publié en avril 1943 qui est dû à un syndicaliste répliqué à Londres et qui portait sur les assurances sociales en France avant-guerre. Il vise surtout à en montrer les insuffisances. Il préconise une couverture sociale généralisée à l'ensemble de la population ainsi que l'abandon des caisses d'affinités auxquelles étaient rattachés les assurés sociaux. Il prône aussi une gestion financière indé-

pendante de l'État, un financement par une contribution obligatoire et proportionnelle aux revenus. Dans le cadre de la France Libre des commissions ont été mises en place à Alger pour envisager l'après-guerre. On y trouve notamment les communistes Ambroise Croizat et François Billoux. Ce dernier deviendra d'ailleurs ministre de la santé publique à la Libération et sera l'un des signataires de l'ordonnance fondatrice de la Sécurité sociale d'octobre 1945. Cependant, à l'époque il n'y a pas de plan précis concernant la réforme de la protection sociale. De même au niveau de la Résistance intérieure on s'en tient à l'affirmation de grands principes. Certains groupes de résistants ont pourtant mené des réflexions sur le sujet en particulier l'Organisation Civile et Militaire qui a publié en octobre 1943 un cahier sur le « ministère de la vie sociale » qui envisage l'avenir de la protection sociale. Dans le cadre du Conseil National de la Résistance, un programme commun pour l'après-guerre a bien été élaboré. En matière de protection sociale on est passé de la simple proclamation du maintien et de l'amélioration des lois sociales d'avant 1939 à la volonté affirmée de prévoir un plan d'action pour le futur. Ainsi le texte définitif du programme du CNR du 15 mars 1944 prévoit « un plan complet de Sécurité sociale, visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État ».

Cependant il ne s'agit pas d'un programme détaillé

Cette situation s'explique non seulement par les circonstances du moment mais aussi par la volonté manifestée à l'époque de ne pas dissocier les aspects sociaux des aspects économiques de la reconstruction envisagée. Ainsi un historien spécialisé sur ces questions (Bruno Valat) a pu écrire que « les réformes proprement sociales occupent une place marginale par rapport aux aspects plus directement économiques et qu'elles n'étaient pas traitées de manière autonome par rapport à celle-ci ». Cette appréciation est sans doute à nuancer dans la mesure où la constitution d'un système de Sécurité sociale va devenir malgré tout une des priorités à la Libération. Néanmoins il est vrai qu'il ne s'agit pas alors d'un programme détaillé.

Pour conclure sur cette période, on peut dire qu'il existe un fonds général d'idées, non seulement national mais mondial, qui envisage l'édification d'un système de Sécurité sociale comme un moyen de promouvoir un monde nouveau alliant essor économique et progrès social. On peut évoquer à ce sujet non seulement

le rapport Beveridge de 1942 mais aussi la déclaration de Philadelphie de mai 1944 qui s'inspire elle-même de travaux de l'Organisation Internationale du Travail allant dans le sens d'une extension des systèmes de Sécurité sociale. Dans le contexte de l'époque, le détail de la réalisation importe moins que les proclamations de principe. Cela a contribué à donner à certains acteurs politiques et de la haute administration un rôle déterminant dans la mise en place des différents systèmes de Sécurité sociale.

III. L'année 1945 en perspective : des assurances sociales à la Sécurité sociale

1) Y a-t-il continuité ou rupture entre les assurances sociales et la Sécurité sociale ?

Les éléments du débat entre historien et sociologue qui se sont penchés sur ces questions.

– Différents historiens ont relativisé la nouveauté de la Sécurité sociale en soulignant le contexte particulier de la Libération qui aurait accordé trop d'importance aux aspects novateurs. Il existerait ainsi une continuité dans la logique de fonctionnement fondé sur un système de cotisations se rapprochant plus des assurances sociales allemandes que des préconisations du plan Beveridge. À cela s'ajoute l'existence d'autres logiques comme celle d'assistance devenue aide sociale dans les années 1950, une situation qui se rattache à la tradition française remontant à la Révolution de 1789 comme cela a été précisé auparavant.

– En revanche d'autres chercheurs ont souligné, tout en reconnaissant les continuités, l'existence d'éléments de rupture qui se situent non seulement au niveau technique mais surtout dans les finalités des systèmes. Cela tend à réévaluer l'élan fondateur de la Libération qui ne se réduit pas à l'existence de circonstances exceptionnelles. Du moins celles-ci en étant favorables aux forces démocratiques issues de la Résistance ont permis la constitution de nouveaux droits. Cela peut d'ailleurs être approché d'autres nouveautés qui seront moins durables comme la planification et surtout les nationalisations d'après-guerre dans un contexte de reconstruction.

Une attention particulière doit être accordée non seulement au contexte mais aussi aux acteurs principaux de la mise en place de la Sécurité sociale

- Je commencerai par distinguer De Gaulle et son entourage. Le chef de la France Libre comme certaines personnes qualifiées de son entourage sont convaincus de la nécessité d'une ouverture démocratique dans un contexte de consensus républicain qui marginalise les anciennes élites souvent compromises dans la collabo-

ration. En témoigne le choix des acteurs qui auront en charge la mise en place technique du système de Sécurité sociale.

Alexandre Parodi (1900 – 1978), comme membre du Conseil d'État s'est occupé de l'application des assurances sociales avant-guerre. Hostile au régime de Pétain il est entré dans la Résistance dès 1942 et devient en mars 1944 délégué général en France du Comité français de Libération nationale. Ce haut fonctionnaire, technicien expérimenté et particulièrement qualifié, devient ministre du Travail et de la Sécurité sociale de septembre 1944 à novembre 1945.

Pierre Laroque (1907 – 1997) est un jeune collègue et ami d'Alexandre Parodi qui lui confie la refonte de la protection sociale. Pierre Laroque comme Alexandre Parodi s'est occupé de l'application des assurances sociales avant guerre. Victime des lois antisémites de Vichy il rejoint Londres en 1943 et prend connaissance du rapport Beveridge. Il est en accord avec la volonté d'ouvrir et de démocratiser le système de protection sociale, ce qui l'amène à prendre en grande considération les positions de la CGT réunifiée et du Parti communiste. Dans ses *Souvenirs et Réflexions* il rappelle d'ailleurs qu'il a eu de meilleures relations avec Ambroise Croizat, ministre communiste, qu'avec le socialiste Daniel Mayer, en ce qui concerne notamment la nomination de fonctionnaires de la Sécurité sociale. Il indique aussi qu'Ambroise Croizat dont le premier abord pouvait paraître assez distant, voire rude, s'était rapidement « humanisé ». Comme Ministre, il l'avait « toujours appuyé et soutenu en toutes circonstances » (p 208).

- Précisément le deuxième groupe d'acteurs est constitué par les ministres communistes qui peuvent s'appuyer sur la CGT réunifiée qui constitue alors de loin la première force syndicale du pays. Ces ministres sont d'ailleurs des militants actifs, anciens députés qui ont eu à connaître les prisons pétainistes en particulier à Alger.

François Billoux (1903 – 1978) est souvent oublié lorsque l'on évoque la naissance de la Sécurité sociale. Pourtant, comme ministre de la Santé publique de septembre 1944 à novembre 1945, époque à laquelle il devient ministre de l'Économie nationale, il a été l'un des signataires de l'ordonnance du 4 octobre 1945. Auparavant après avoir été libéré du bagne de la Maison carrée à Alger en février 1943 il a fait partie

du Comité français de Libération Nationale puis du gouvernement provisoire.

Ambroise Croizat (1901 – 1951), est certainement la personnalité politique la plus emblématique du Parti communiste en ce qui concerne la mise en place de la Sécurité sociale. S'il n'a pas signé l'ordonnance d'octobre 1945, en revanche comme ministre du Travail et de la Sécurité sociale du 22 novembre 1945 au 4 mai 1947, il a été le véritable moteur politique de la mise en place de l'institution. Il a notamment porté son texte législatif adopté le 22 mai 1946. J'ai évoqué les relations de confiance qui existaient entre lui et Pierre Laroque, haut fonctionnaire gaulliste qu'il n'a pas hésité à défendre vigoureusement dans des circonstances difficiles devant l'Assemblée nationale, notamment en février 1947 : « Je tiens à rappeler que Monsieur Laroque a travaillé avant au plan de Sécurité sociale en collaboration avec mon prédécesseur Monsieur Parodi, qu'il s'est particulièrement distingué par sa ferveur, son enthousiasme, sa foi dans l'élaboration de ce projet, il est un de nos meilleurs fonctionnaires, je vous demande de lui rendre un hommage unanime en réprouvant le genre d'arguments qui sont utilisés pour tenter de justifier une cause indéfendable ». Militant chevronné et homme de combat, Ambroise Croizat a constamment défendu avec efficacité le projet de loi sur la Sécurité sociale en soulignant combien il avait fait l'objet d'une large consultation et correspondait aux attentes de l'époque dans un contexte complètement différent de celui d'avant-guerre. Il devait défendre avec la même vigueur les autres avancées sociales en matière de droit des travailleurs jusqu'au renvoi des ministres communistes du gouvernement Ramadier, le 4 mai 1947. Qualifié de « grand ministre » par Bruno Béthouart dans son histoire du ministère du Travail et de la Sécurité sociale, Ambroise Croizat est décédé soudainement à l'âge de 50 ans, le 11 février 1951 à la suite d'une hospitalisation.

2) Mais quelles sont les principales caractéristiques de la Sécurité sociale mise en place à l'époque ?

Les principales dispositions

– En principe on cherche à établir une institution unique rassemblant les différentes branches des anciennes assurances sociales, avec cependant sous la pression notamment du MRP (Mouvement Républicain Populaire, centriste) et du patronat, une autonomie des caisses d'allocations familiales. À l'exception des accidents du travail qui ne dépendent pourtant plus des assurances privées, les cotisations

acquittées par les entreprises sont également unifiées. Une caisse nationale de Sécurité sociale vise à assurer l'unité administrative et financière du régime principalement fondé sur des cotisations et non sur l'impôt comme en Grande-Bretagne.

– Deuxième réforme majeure : la direction des organismes de Sécurité sociale est profondément modifiée avec l'entrée en force des représentants des assurés, par le biais des syndicats, dans leur gestion. Désormais le patronat et la Mutualité n'occupent plus qu'une position minoritaire. Bien plus, le rôle de la mutualité est désormais cantonné au domaine de la complémentarité. Paradoxalement cela lui permettra un développement spectaculaire mais cela a été vécu comme une dépossession par les notables mutualistes de l'époque.

– La réforme des prestations constitue un autre axe majeur de la nouvelle organisation du système de protection sociale. En avril 1946 les allocations familiales seront ainsi revalorisées et indexées sur les salaires. Surtout l'assurance vieillesse est complètement refondue avec l'adoption effective du régime de la répartition qui remplace la capitalisation qui avait prévalu jusqu'en 1941. D'autre part l'accès aux hôpitaux est élargi à tous les assurés sociaux, une évolution engagée sous l'Occupation mais qui ne devient effective que dans l'après-guerre. Cela s'accompagne aussi d'une modernisation et d'une médicalisation renforcée des établissements hospitaliers.

Les finalités sociales et politiques du nouveau système

La logique d'assurance sociale est élargie à celle de droits sociaux pour tous. D'où la volonté de redonner aux intéressés la responsabilité des institutions de protection sociale. Le plan de Sécurité sociale s'est ainsi appuyé sur une volonté d'émancipation du travail allant de pair avec une certaine redistribution des revenus. Il s'agit alors de rompre avec l'ordre ancien. En intégrant les salariés à la vie de la nation, de lutter contre l'insécurité sociale et le chômage tout en participant à la reconstruction du pays. De ce point de vue, la réforme ne peut être dissociée d'autres aspects comme la planification ou les nationalisations et de la volonté d'une rénovation politique et sociale. Aux motivations politiques s'ajoutent des motivations techniques suscitées par les insuffisances et les lacunes des assurances sociales concernant la définition des bénéficiaires des prestations sociales. L'un des objectifs de la Sécurité sociale est d'élargir bien au-delà des 8 millions environ d'assurés sociaux des anciennes assurances sociales les bénéficiaires de la couverture médico-sociale, tout en ménageant différentes étapes de mise en place des nouvelles dispositions. Il existe cependant des difficul-

tés à l'instauration du système de Sécurité sociale ainsi conçu.

Les difficultés de mise en œuvre de la Sécurité sociale

– La réforme est tributaire d'un contexte spécifique, celui de la Libération. Cependant, jusqu'aux années 1960-1970, la croissance économique permet une extension des prestations et des bénéficiaires du système. De même le rajeunissement de la population contribue à retarder les interrogations liées au déséquilibre démographique accentué par l'allongement de l'espérance de vie. Par la suite, les modifications du contexte national et international mais aussi des choix politiques différents de ceux effectués en 1945, contribuent à fragiliser l'ensemble du système de protection sociale.

– La transformation voulue à la Libération va aussi connaître des oppositions qui vont s'affirmer une fois passé l'enthousiasme quasi révolutionnaire de la période de l'immédiat après-guerre. Le patronat mais aussi les mutualistes, dans un premier temps, vont accepter difficilement les transformations réalisées. Il faudra une évolution sensible des cadres de la mutualité avec l'entrée en force des mutuelles de fonctionnaires et l'affirmation des mutuelles de travailleurs pour voir la Mutualité devenir un des piliers de l'ensemble du système de protection sociale dans le cadre de la complémentarité. De même, les compagnies d'assurances voient d'un mauvais œil un système qui leur échappe en grande partie.

– De plus dès l'année 1946 l'universalité et l'unité de l'organisation générale de la protection sociale sont contestées par l'opposition des mouvements familiaux soutenus par le MRP. Le principe du régime vieillesse unique est abandonné dès 1947. La loi du 21 février 1949 consacre l'autonomie des caisses d'allocations familiales. De plus certaines professions imposent le maintien de régimes spécifiques, les régimes spéciaux généralement plus avantageux qui concernent aussi bien les mineurs que les cheminots, professions qui, il est vrai, ont participé activement à la reconstruction du pays. Mais cela concerne aussi les agriculteurs, les militaires ou encore les professions dites indépendantes généralement méfiantes, voire hostiles à l'idée d'une cotisation obligatoire. Rappelons aussi qu'en 1953 le système de Sécurité sociale ne concerne encore qu'un quart des Français.

Ces différents éléments montrent les difficultés rencontrées par la transformation opérée à l'issue du Second conflit mondial. Néanmoins celle-ci a bien constitué une rupture majeure, non exclusive de conti-

nuités, dans l'évolution du système de protection sociale. Sa genèse et sa mise en place montrent combien cette protection sociale s'inscrit dans l'évolution politique et sociale. La Sécurité sociale est le produit d'une longue évolution. C'est un des points d'ancrage forts d'une société qui se veut plus démocratique et qui se perçoit aussi comme plus égalitaire après la crise des années 1930 et la période de l'Occupation. La Sécurité sociale ne peut être réduite à la valorisation d'une logique spécifique d'organisation, celle des assurances sociales qui a accompagné la montée en puissance du salariat. Elle traduit aussi l'affirmation d'un ensemble de valeurs de solidarité et aussi une certaine volonté de redistribution des revenus. Cela explique aussi, en dehors même des questions techniques de financement, pourquoi elle peut être remise en cause actuellement, en dehors même de la prise en considération d'adaptations indispensables.

Orientation bibliographique

Bec Colette, *La Sécurité sociale. Une institution de la démocratie*, Paris, éditions Gallimard, Bibliothèque des sciences humaines, 2014, 328p.

Béthouart Bruno, *Le ministère du Travail et de la Sécurité sociale, de la libération au début de la V^e république*, Presses universitaires de Rennes, collection « Pour une histoire du travail », 2006, 365p.

Brodiez-Dolino Axelle et Dumons Bruno, *La protection sociale en Europe au XX^e siècle*, Presses universitaires de Rennes, collection « Histoire », 2014, 183p.

Bulletin d'Histoire de la Sécurité Sociale, n° spécial 2005/2006, Soixantième anniversaire de la Sécurité sociale, 2007, 923p. En particulier l'article de Pierre Laroque « des Assurances Sociales à la Sécurité Sociale », reprise d'une publication de 1955, p224-244.

Capuano Christophe, *Vichy et la Famille. Réalités et faux-semblants d'une politique publique*, Presses universitaires de Rennes, collection « Histoire », 2009, 354p.

Chauran David (textes rassemblés par), *Ambroise Croizat Le Ministre (1945-1947)*, Institut CGT d'Histoire sociale, Sd, 2014, 82p.

Dreyfus Michel, Ruffat Michèle, Viet Vincent, Voldman Danièle, avec la collaboration de Bruno Valat, *Se protéger, être protégé. Une histoire des Assurances sociales en France*, Presses universitaires de Rennes, collection « Histoire », 2006, 347p.

Dreyfus Michel (sous la direction de), *Les Assurances sociales en Europe*, Presses universitaires de Rennes, collection « Pour une histoire du travail », 2009, 261p.

Etiévent Michel, *Ambroise Croizat ou l'invention sociale*, La Rivoire, éditions GAP, 1999, 184p.

Garnier Bernard, Leleu Jean-Luc, Quellien Jean, Simonin Anne, *Pourquoi résister ? Résister pour quoi faire ?*, Caen, CRHQ, 2006, 360p. En particulier la contribution de Michel Margairaz « Les valeurs économiques et sociales de la Résistance : entre démocratisation et modernisation », p93-101.

Hesse Philippe-Jean, Le Crom Jean-Pierre (éd.), *La protection sociale sous le régime de Vichy*, Presses universitaires de Rennes, collection « Histoire », 2001, 377p.

La Revue d'Histoire de la Protection Sociale, n° 7, 2014, dossier sources et témoignages :

- Laroque Michel « Un des fondateurs des assurances sociales : Georges Cahen-Salvador » p132-133
- Laroque Pierre « Georges Cahen-Salvador et les assurances sociales » p133-139
- Cahen-Salvador Georges « Rapport sur le nouveau projet de loi sur les assurances sociales (1921) » p139-155

Laroque Pierre, *Au service de l'Homme et du Droit. Souvenirs et réflexions*, Paris, Association pour l'étude de l'Histoire de la Sécurité Sociale, 1993, 376p.

Marec Yannick, *Pauvreté et protection sociale aux XIX^e et XX^e siècles. Des expériences rouennaises aux politiques nationales*, Presses universitaires de Rennes, collection « Carnot », 2006, 404p.

Thénard-Duvivier Franck (coordination), *Hygiène, santé et protection sociale de la fin du XVIII^e siècle à nos jours*, Paris, Ellipses, 2012, 288p.

Valat Bruno, *Histoire de la Sécurité sociale (1945-1967). L'Etat, l'institution et la santé*, Paris, Economica, 2001, 544p.

Viet Vincent, *La santé en guerre 1914-1918. Une politique pionnière en univers incertain*, Paris, Les Presses de Science Po, 2015, 660p.

Refonder la sécurité sociale à partir de son financement

Par Frédéric Rauch, rédacteur en chef d'Économie et Politique

A sa naissance en 1945, la création de la Sécurité sociale visait à répondre aux enjeux de sortie de la crise systémique du capitalisme et du libéralisme de l'entre-deux-guerres. Elle se donnait deux objectifs principaux. D'une part, répondre au besoin de justice sociale dans la France d'après-guerre en dépassant les insuffisances des législations sociales de la fin du 19^{ème} et du début du 20^{ème} siècle (ROP, législations familles) par une nouvelle législation prenant en charge l'ensemble des besoins sociaux de tous les Français. D'autre part, faire de cette nouvelle législation sociale un outil de la reconstruction économique du pays en assurant une efficacité productive et sociale nouvelle, à partir de la richesse créée dans l'entreprise. Malgré les réticences de certains, la démarche fut un succès.

La crise de notre système de protection sociale nous oblige à reprendre le chemin de cette philosophie. A partir d'une réforme d'ensemble du financement de la Sécurité sociale, il s'agit de se donner pour finalité une nouvelle efficacité économique et sociale, qui réponde aux besoins sociaux actuels et à venir tout en ouvrant la voie d'une sortie de la crise systémique que nous vivons.

Cela suppose d'aller à l'opposé de ce qui a été engagé jusqu'à aujourd'hui, et qui a échoué. De PLFSS en PLFSS, les choix politiques opérés n'ont cherché qu'à réduire les dépenses de prestations sociales aux populations et les prélèvements de cotisations sociales sur les entreprises. Mais ni la réduction du périmètre de prise en charge socialisée des assurés sociaux, ni le transfert toujours plus important des entreprises vers les ménages des recettes de sécurité sociale par leur fiscalisation, n'ont sérieusement permis de résorber les déséquilibres financiers de la sécurité sociale. Et pour cause, les déficits structurels de la sécurité sociale ne s'expliquent pas par des dépenses excessives. Ils sont la conséquence d'un manque à gagner considérable du côté des recettes imputable au ralentissement de la masse salariale, lui-même conséquence directe de la montée du chômage, de la précarisation de l'emploi, revendiqué au nom de la baisse du coût du travail et de la financiarisation des gestions d'entreprise. En 1999, le taux de croissance de la masse salariale était de 6 %. Il n'est plus que de 1,2 %

en 2014. Or si la cotisation sociale est un prélèvement sur la richesse produite dans l'entreprise, la masse salariale est sa base de calcul. De sorte que ce ralentissement s'est traduit par une perte minimale directe de recettes pour la sécurité sociale de 24 Md d'euros sur les seules 5 dernières années. Or, cette pression sur la masse salariale répond aussi aux objectifs de financiarisation des gestions d'entreprises. D'un côté, elle accentue le partage de la valeur ajoutée en faveur des profits contre les salaires (+ 7 points de valeur ajoutée pour les profits en 30 ans). De l'autre, elle pousse les logiques de financiarisation des entreprises qui se traduisent par le fait que leurs profits proviennent des profits financiers et non de leur activité elle-même. Des profits financiers qui ne contribuent pas au financement de la protection sociale, pire, qui se développent contre la croissance réelle, contre l'emploi et les salaires, et donc contre le besoin de recettes nouvelles de la Sécurité sociale.

Cancer de l'économie, ces revenus financiers bruts des entreprises, qui sont aussi le coût du capital qu'elles paient, doivent pouvoir être mis à contribution pour le financement de la Sécurité sociale. Selon les comptes de la Nation (base 2010), ils représentaient en 2013 pas moins de 236,2 Mds d'euros pour les sociétés non financières et 90,1 Mds d'euros pour les institutions financières. Soit un total de 326,3 Mds d'euros prélevés sur l'économie au bénéfice des actionnaires et de la finance, qui représente 28,1 % de la valeur ajoutée et ne contribue que très marginalement au financement de la Sécurité sociale.

C'est pourquoi, nous proposons de soumettre à « cotisation sociale » ces revenus financiers. Soumis aux taux actuels des cotisations sociales employeurs de chaque branche de la Sécurité sociale, ils pourraient générer immédiatement 87,45 Mds d'euros de recettes supplémentaires :

- 42,75 Mds d'euros pour la branche maladie (au taux de 13,1 %)
- 27,08 Mds d'euros pour la branche vieillesse (au taux de 8,3 %)
- 17,62 Mds d'euros pour la branche famille (au taux de 5,4 %)

Cette contribution nouvelle, qui dépasse largement les besoins de financements actuels des organismes sociaux, permettrait alors de mener une politique sociale active répondant véritablement aux besoins actuels de la population mais aussi à venir (sanitaire, vieillissement, dépendance, petite enfance). Par ailleurs, sa nature même permettrait d'engager un processus de suppression progressive de la CSG aujourd'hui prélevée uniquement sur les ménages. Ce qui rééquilibrerait les sources de contribution fiscale au financement de la Sécurité sociale (revenus d'activité des ménages / revenus financiers des entreprises).

Mais plus encore, en rendant moins incitatifs les revenus financiers des entreprises, cette cotisation sociale additionnelle permettrait d'engager le combat contre la spéculation en poussant la réorientation de l'activité économique et les gestions d'entreprise vers la production de richesse réelle. Ainsi, loin d'en faire une source de financement pérenne, ce prélèvement fiscal aurait vocation à s'éteindre dans la durée faute de base fiscale de prélèvement.

C'est pourquoi encore, combiné à ce dispositif, nous proposons l'institution d'un dispositif de modulation des cotisations sociales employeurs en fonction de leurs politiques salariales et d'emplois. L'idée est simple et efficace. Dans un mouvement général de hausse progressive des cotisations sociales patronales, il s'agit de moduler le taux de cotisation sociale patronale de chaque entreprise en fonction de l'écart entre son rapport « masse salariale/valeur ajoutée » et celui moyen de sa branche d'activité. Plus cet écart serait négativement élevé, c'est-à-dire plus l'entreprise préfère accroître sa valeur ajoutée en faisant des économies sur l'emploi et les salaires et en développant ses revenus financiers, et plus elle serait soumise à des taux de cotisations patronales élevés. A l'inverse, plus cet écart serait positivement élevé, c'est-à-dire plus l'entreprise adopte une stratégie de gestion vertueuse à l'égard de l'emploi et des salaires par rapport aux pratiques de sa branche, et en proportion moins ses taux de cotisations sociales seraient élevés.

La logique de ce nouveau dispositif est fondamentale. En dissuadant ainsi la course à la croissance financière, aux économies massives sur l'emploi et les salaires, il s'agit de responsabiliser socialement et solidairement les entreprises face au développement de l'emploi, des qualifications et des salaires. Il s'agit d'engager le combat contre les critères de gestion des entreprises tournés essentiellement vers la rentabilité

financière immédiate et d'opposer des critères de gestion assis sur le développement des capacités humaines. L'enjeu est donc moins de récompenser les vertueux et de punir les vicieux, que d'enclencher un nouveau type de croissance économique et sociale centrée sur le développement de la ressource humaine.

Inciter à la croissance réelle à partir du développement de l'emploi, des salaires, de la formation, en bref de l'accroissement du rapport masse salariale/valeur ajoutée, c'est la condition d'un réel « gagnant-gagnant » pour la sécurité sociale, les assurés sociaux et les entreprises.

Pour la Sécurité sociale, ce dispositif permettrait de renouer avec la croissance régulière et importante de ressources de cotisations sociales patronales qui n'ont cessé de se réduire depuis le début des années 90. Et donc de résorber ses déficits.

Pour les assurés sociaux, l'arrivée de nouvelles cotisations patronales permettrait de réduire relativement leur contribution qui a compensé le retrait de la contribution employeur. Ces ressources dynamiques supplémentaires permettraient aussi de mettre fin à la réduction systématique du niveau de la prise en charge socialisée et d'ouvrir au contraire sur de nouvelles prises en charge socialisées.

Pour les entreprises enfin, le développement de l'emploi, des salaires et des qualifications pour accroître les ressources de cotisation sociale de la sécurité sociale répondrait à deux de leurs difficultés actuelles : les débouchés et la productivité du travail. Cela permettrait d'augmenter le revenu disponible des ménages, et donc de relancer la demande intérieure et le potentiel de débouchés des entreprises, qui leur fait cruellement défaut aujourd'hui pour cause de politiques d'austérité sociale et salariale ! D'autre part, cette dépense sociale accrue et dynamisée des entreprises constituerait globalement un moteur d'accroissement de la productivité du travail et donc un facteur de nouvelle croissance.

A propos de l'universalité de la Sécurité sociale

Par le D^r Michèle Leflon, Vice-Présidente de la région Champagne Ardenne

J'ai deux marottes, la santé et la protection sociale, mais aussi l'éducation et la formation.

A quelques semaines des élections régionales, se pose, au moins dans ma région qui a l'illustre avantage de fusionner avec la seule région actuellement gérée par la droite la question de la gratuité des manuels scolaires dans les lycées quasiment assurée actuellement par des dispositifs pour tous sauf en Alsace où c'est une aide aux plus en difficulté, avec, la famille qui hésite à aller demander l'aide, avec le gamin qui dit « ce livre-là je ne l'ai pas parce que je ne l'ai pas trouvé d'occas' et il était trop cher », et qui ajoute à son copain : « toi t'as de la chance d'avoir eu une aide ». Je voulais vous donner cette illustration concrète, mais on sait tous la fragmentation de notre société, les récriminations, à juste titre, de tous ceux qui sont juste au-dessus des seuils des différents types d'aides, à juste titre quand ça ne dérive pas vers le « on aide plus les étrangers » ou, on aide plus les chômeurs avec tout un terreau fertilisé ainsi par une soi-disant politique sociale qui contribue à la fragmentation de la société, à l'opposition des pauvres entre eux et favorise le développement des idées haineuses du FN. La question d'aider tous ou d'aider selon les revenus pose évidemment la question des moyens, mais cela peut se régler dans une réforme fiscale (je ne suis pas là dans le cadre de la protection sociale) permettant la redistribution tout en augmentant les moyens, seule solution pour cesser cette fragmentation de la société particulièrement dangereuse pour la cohésion de notre pays mais bien au goût du patronat : le diviser pour régner.

Et c'est là tout le génie d'Ambroise Croizat qui a porté un projet pour toute la société. On lit dans l'exposé des motifs de l'ordonnance du 4 octobre 45 : La sécurité sociale appelle l'aménagement d'une vaste organisation nationale d'entraide obligatoire qui ne peut atteindre sa pleine efficacité que si elle présente un caractère de grande généralité à la fois quant aux personnes qu'elle englobe et quant aux risques qu'elle couvre. Le but final à atteindre est la réalisation d'un plan qui couvre l'ensemble de la population du pays contre l'ensemble des facteurs d'insécurité.

Cette très grande généralité, cette universalité de la sécurité sociale est à même de rassembler toute la société et c'est pour cela que l'on peut dire que c'est du communisme en construction. « Chacun cotise selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins. » Pour les communistes, ce principe reste plus que jamais le ciment de la protection sociale. Il est insupportable pour le grand patronat, pour les financiers. C'est contraire à l'individualisme, moteur de la logique assurantielle qui leur est si chère. Nous sommes bien au cœur de la violente bataille idéologique actuelle. C'est un vrai choix de société, l'assistanat ou la solidarité, l'individualisme ou la force du collectif, l'assurantiel ou la protection sociale solidaire.

Dans ce cadre, l'universalité de la protection sociale est le moteur et la logique de la Sécurité sociale. L'offensive menée l'année dernière contre les allocations familiales est dramatique de ce point de vue ! Jeter en pâture la modulation des prestations de la politique familiale n'est pas anodin. C'est ouvrir la boîte de Pandore : demain, ce peut être le système de santé publique réservé aux pauvres, les couches moyennes et supérieures étant obligées d'aller se soigner dans le privé.

Le gouvernement a justifié cette remise en cause par un souci de justice sociale... Avec cette réforme, on tend à diviser les familles entre elles. Et on tend à confondre une politique familiale avec une politique sociale. Il y a des inégalités de revenu, c'est vrai, mais il faut les combattre autrement : par la politique fiscale, une augmentation du Smic et des salaires, une égalisation par le haut des salaires féminins et masculins. La politique familiale n'est pas une politique de redistribution des revenus, ni une politique de redistribution entre les familles ; c'est une solidarité horizontale entre ceux qui n'ont pas d'enfant et ceux qui en ont. C'est une politique d'aide à l'enfant. Il est scandaleux de considérer que l'enfant des couches moyennes ou supérieures doit être discriminé. Le fait qu'une famille choisisse d'avoir un nouvel enfant ne doit pas être pénalisant, désincitatif !

D'après les premières informations sur le PLFSS 2016, le gouvernement continue sa casse des allocations familiales en baissant les cotisations employeur. Celles-ci font partie du salaire socialisé. Il ne s'agirait alors que d'une baisse de salaire déguisée, visant à augmenter les profits des entreprises. L'Universalité de la Sécurité sociale, c'est aussi bien évidemment le financement de la perte d'autonomie. La prise en charge actuelle n'est pas acceptable. Cette semaine, je suis passée chez une vieille camarade dont le mari a dû être placé en maison de retraite pour cause d'Alzheimer financé sur sa retraite à lui, mais aussi, comme c'est insuffisant, sur sa retraite à elle. Elle me dit : « Je reviens des courses, cette semaine j'ai explosé mon budget en achetant de la viande. La semaine prochaine je n'en achèterai pas ». Nous sommes au XXI^{ème} siècle ! Il est urgent d'agir ! La perte d'autonomie n'est en rien un risque en soi, ce qui explique que nous rejetions l'assurantiel, mais un état qui justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises divers pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité, à partir d'un développement des solidarités ainsi que des financements et des accompagnements collectifs nécessaires. Aussi, à l'opposé de solutions de type assurantiel privé ou de toute solution insuffisante poussant au recours vers des couvertures complémentaires, il faut une prise en charge complète, reposant sur un financement adapté, pérenne et dynamique, supprimant les restes à charge pour les familles, universel et solidaire où chacun contribue selon ses moyens : il s'agit bien là des principes fondateurs de la sécurité sociale, dont la mise en œuvre permettrait la prise en charge sanitaire et médico sociale de la perte d'autonomie, complété d'un grand service public visant à assurer l'ensemble des prestations nécessaires (accessibilité, logements, transports adaptés). La proposition d'un service public du service à la personne développé par les communistes en particulier au moment des élections départementales a reçu un excellent accueil, correspondant à un besoin, à la fois pour les personnes qui ont besoin d'aide mais aussi pour les personnels qui travaillent dans ce secteur actuellement, le plus souvent dans des conditions précaires.

Je vais finir par la couverture des soins : nous sommes très loin d'une couverture universelle, avec des restes à charge de plus en plus importants, justifiés à travers une énorme campagne de culpabilisation des malades, forfait hospitalier, déremboursement de médicaments, franchise médicale, dépassement d'honoraire sans parler des questions d'appareillage et vous avez sans doute tous entendu la campagne de Que

Choisir cette semaine sur les appareillages auditifs, sauf que la question du remboursement n'est pas posée. L'application de toutes ces mesures a conduit 30 % de la population et près de la moitié des étudiants à renoncer à se soigner générant un vrai problème de santé publique. Il y a en fait deux situations distinctes : celle des patients hospitalisés ou reconnus en ALD ou bénéficiaires de la CMU avec des remboursements proches de 100 % et celle de tous les autres, pour lesquels le remboursement par la Sécurité sociale est de l'ordre de 60 %, le reste étant couvert par les complémentaires ou par le patient lui-même. Ce dualisme croissant, où schématiquement, les riches, entre guillemet et les biens portants voient réduire leur prise en charge publique par la Sécurité sociale constitue une modalité silencieuse pour ouvrir la porte à la substitution d'une solidarité de tous avec tous par une privatisation de la protection sociale. C'est évidemment avec la bénédiction de l'Union Européenne, qui dès les années 90 a ouvert le champ de l'assurance sociale en exigeant la fin du système mutualiste tel que nous le connaissions jusqu'en 2001. Les pièces du puzzle continuent à s'emboîter : l'ANI rend obligatoire, par appel d'offres, les contrats de groupe. Le tiers payant généralisé du projet de loi Touraine devra permettre que la frontière entre les deux modes de remboursement, public par la Sécurité sociale et privé par sa complémentaire ne soit plus perceptible pour que le patient ne sache plus qui paie quoi. C'est toute la perversité du gouvernement actuelle : sous couvert d'une bonne mesure, car effectivement, le tiers payant peut éviter certains renoncements aux soins, c'est toute une machinerie de guerre qui se met en place contre la Sécurité sociale et son universalité.

Notre proposition de remboursement des soins prescrit à 100 % par la sécurité sociale pour tous, même si nous proposons de commencer par les jeunes, va à contre-courant de cette dérive rampante de privatisation de la protection sociale. L'universalité de la Sécurité sociale est aussi une protection contre la privatisation de la protection sociale.

Cette idée géniale d'universalité de la protection sociale est plus que jamais d'actualité : porteur de sens dans une société où l'on fait de l'en commun, à l'opposé du chacun pour soi, rempart contre la privatisation. L'avenir, c'est bien l'extension des conséquences de cette idée, avec le 100 %, avec un vrai financement de la perte d'autonomie.

La protection sociale face à la transition épidémiologique et à la transition démographique

Par le D^r Alain Brémaud

Le système de protection sociale, tant l'Assurance maladie que la branche retraite, a à faire avec une transformation profonde du pays, née du progrès du 20^{ème} siècle. La population générale augmente et la proportion des personnes âgées croît rapidement. Cet allongement de la vie pose des problèmes particuliers : les besoins sociaux et médicaux sont plus importants et les pathologies se transforment. C'est ce qu'on appelle transitions démographique et épidémiologique. De nombreuses maladies qui étaient mortelles il y a peu encore, sont devenues curables. Ainsi les maladies infectieuses ont reculé. Les maladies cardiovasculaires sont prises en charge à temps et il y a moins de morts prématurées de ce fait. Enfin, si les cancers progressent en nombre, ils sont mieux soignés. Tout ceci nécessite des moyens nouveaux. Prendre en charge un malade chronique coûte plus cher qu'un décès brutal. Les besoins de financement des retraites sont donc en proportion de l'allongement de la durée de vie.

Pour autant est-ce qu'on peut dire que c'est là la cause des déficits des différentes caisses de protection sociale ? Non, les économistes de tout bord sont d'accord sur ce point. Il n'y a pas de gaspillage. Même les économistes libéraux ne s'aventurent plus sur cet argument. D'ailleurs des politiques de réduction des dépenses de santé ont été conduites depuis longtemps : elles n'ont jamais donné de résultats probants quant à la réduction des déficits. Le déficit des caisses est lié à la crise économique : l'augmentation du chômage de masse réduit l'apport des cotisations, la baisse du pouvoir d'achat qui en résulte va dans le même sens, les dispenses de cotisations sociales patronales idem ; les profits explosent, les inégalités sociales de toutes natures s'accroissent, les ressources disponibles se tarissent alors que la création de richesses continue. Des secteurs entiers de l'économie échappent à la cotisation sociale.

On est même en droit de considérer que cette transition démographique et épidémiologique est bénéfique pour l'économie. Le fait que des sujets jeunes vivent plus longtemps, induit qu'ils restent dans le secteur de la production ; si mourir jeune brutalement ne coûte

pas cher en soins, c'est bien souvent une catastrophe économique globale pour la famille. Les personnes du troisième âge contribuent sous de multiples formes à la création de richesses (expérience transmise, le travail poursuivi, l'appui familial pour l'éducation, la garde des enfants, l'aide financière en direction des jeunes adultes quand c'est possible) et le travail social bien souvent gratuit est un apport non négligeable pour enrichir la société et l'humaniser. Enfin, pourquoi ne pas considérer que l'activité sanitaire – au même titre que d'autres comme la culture, l'éducation ou la production de biens matériels – est une activité économique moderne et que son développement est un apport précieux à l'emploi et à la création de richesses ?

Ou alors faudrait-il revenir en arrière, abandonner le progrès ? Pourquoi pas l'âge de pierre ?

Les brèves des Cahiers

Développement professionnel continu 2015

Les premiers chiffres clés du DPC pour l'année 2015 confirment les tendances annoncées que nous avons indiquées dans notre article dans le n° 18 des Cahiers : c'est un succès !

Professionnels de santé :

- Plus de 208 000 comptes créés sur www.mondpc.fr ;
 - + 64 600 médecins ;
 - + 51 400 infirmiers ;
 - + 29 700 pharmaciens ;
 - + 25 000 masseurs-kinésithérapeutes ;
 - + 15 900 chirurgiens-dentistes ;
 - + 10 900 orthophonistes ;
 - + 5 000 pédicures-podologues ;
 - + 3 800 sages-femmes ;
 - + 1 500 orthoptistes.

- Plus de 100 000 inscriptions engagées sur les sessions de programmes de DPC se terminant en 2015.

Organismes de DPC et programmes de DPC :

- Plus de 3 000 organismes de DPC différents enregistrés ;
 - Plus de 5 600 évaluations notifiées (dont 51 % d'évaluations favorables) ;
 - Plus de 21 000 programmes de DPC commençant en 2015 référencés sur nos sites internet.

Notre prévision qui annonçait l'insuffisance des moyens alloués s'est vérifiée : en juin il n'y avait plus d'argent pour les dentistes, en août pour les kinésithérapeutes, en septembre pour les infirmières et les médecins et en octobre pour personne. Conclusion : les professionnels adhèrent de mieux en mieux à l'idée d'une formation indépendante et de qualité et l'Etat et la Sécurité sociale réduisent les crédits de façon absurde puisque chacun comprend que des professionnels mieux formés coûtent finalement moins cher.

Hausse des inégalités en France et en Europe

57 % des personnes interrogées par le baromètre Ipsos Secours Populaire ont été « *sur le point de connaître une situation de pauvreté à un moment de leur vie* » (2 points de plus qu'en 2014) et 35 % déclarent l'avoir déjà vécue. Un raz de marée de la misère. La peur de tomber dans cette précarité s'est elle aussi fortement répandue. Après une poussée particulièrement

forte entre 2007 et 2009, la misère continue de progresser en France : 35 % déclarent avoir effectivement vécu dans la pauvreté. Deux Français sur trois ont un proche qui est touché et, pour 31 % des sondés, cela frappe des membres de leur famille. Et ceci quelle que soit leur catégorie socioprofessionnelle. Une pauvreté dont les personnes évaluent le seuil à 1 054 euros mensuels – très proche du Smic (1 135 euros) –, le plancher retenu par l'Insee étant de 987 euros. La crise dans sa forme la plus actuelle dure depuis huit ans et ses effets se font plus durement et plus durablement sentir. 40 % des sondés éprouvent des difficultés pour payer les frais médicaux, 34 % pour régler les notes d'électricité ou de chauffage, 33 % pour le loyer. Les familles avouent aussi rencontrer des problèmes de trésorerie quand il faut remplir le réfrigérateur ou payer la carte de transport. Plus inquiétant, près d'une sur trois déclare peiner à assurer trois repas par jour ou à régler la cantine. Signe de la progression de la précarité à de nouvelles couches sociales, la difficulté à s'offrir des loisirs s'installe : une personne interrogée sur deux explique avoir du mal à envoyer ses enfants au moins une fois par an en vacances, ou à leur payer un cours de sport ou une place de cinéma. Peur de l'avenir. Les moments de bascule deviennent de plus en plus banals. On ne décroche plus seulement à l'occasion de ruptures dans sa vie, comme un licenciement ou un divorce. Aux mères célibataires et aux travailleurs pauvres se sont ajoutés les retraités et les étudiants. « *On voit de plus en plus de vieux qui ne se chauffent plus, de jeunes qui viennent chercher des colis alimentaires après les cours* », assure Julien Lauprêtre, président du Secours populaire. Toutes les catégories de population étant touchées, plus personne ne se sent à l'abri. La peur de la dégringolade sociale s'exprime désormais ouvertement : 87 % des Français estiment que le risque que leurs enfants connaissent un jour la pauvreté est plus élevé qu'il ne l'était pour leur génération. 55 % pensent même qu'il l'est « beaucoup plus ». Un record depuis neuf ans que le baromètre existe. L'anxiété s'est naturellement transmise aux enfants. L'association a fait réaliser un sondage spécifique (échantillon de 500 enfants de 8 à 14 ans interrogés via Internet) pour mesurer leur propre perception du phénomène. Les résultats sont édifiants : près de six sur dix redoutent de devenir pauvres ; près des deux tiers parmi ceux âgés de 11 à 14 ans. Ils disent côtoyer la pauvreté, tant à l'école (61 % d'entre eux) que dans leur quartier (47 %). Et estiment à 31 % le nombre de leurs camarades qui ne mangent pas à leur faim. L'avenir pour eux n'est donc guère souriant : 66 % estiment qu'il leur sera difficile de trouver du travail.

« Voir ce nombre grandissant d'enfants qui ont peur de l'avenir, c'est bouleversant », juge Julien Lauprêtre. L'association a aidé plus de 2,8 millions de personnes en 2014.

Plus de 120 millions de personnes sont exposées au risque de pauvreté intolérable en Europe selon le rapport établi par l'ONG Oxfam. Leaders politiques, systèmes fiscaux injustes et mesures d'austérité sont en cause. Dans son préambule, Isabel Ortiz, directrice du département de la Protection Sociale à l'Organisation Internationale du Travail (OIT), relève que « 123 millions de personnes sont actuellement exposées au risque de pauvreté au sein de l'Union européenne, soit un quart de la population, contre 116 millions en 2008 ». Ces dernières années, un nombre croissant de personnes sont tombées en dessous du seuil de pauvreté national dans de nombreux pays européens. Entre 2009 et 2013, ce sont ainsi 7,5 millions de personnes supplémentaires dans 27 pays de l'Union qui ont été classées en situation de privation matérielle aiguë, selon les chiffres d'Eurostat. Dans les pays comme la Hongrie, la Grèce, Chypre, mais aussi l'Italie et le Royaume Uni, la part des personnes dans cette situation précaire a augmenté d'au moins 5 % entre 2009 et 2013. La France à elle seule compte plus de 11 millions de personnes en risque de pauvreté ou d'exclusion sociale, un chiffre qui ne s'est pas réduit sur les dix dernières années. Au sein de l'Union européenne, les femmes, les jeunes et les migrants sont les groupes sociaux les plus susceptibles de vivre en situation de pauvreté observe l'ONG. Les 40 % inférieurs de la population se partagent moins de 1 % des richesses nettes totales de l'Europe. En résumé, les 7 millions de personnes les plus riches détiennent le même niveau de richesses que les 662 millions les plus pauvres. « Au sein des nations prospères de l'Union européenne (UE), 123 millions de personnes risquent de sombrer dans la pauvreté et l'exclusion sociale (soit près d'un quart de la population), tandis que près de 50 millions de personnes rencontrent des difficultés matérielles majeures, manquant d'argent pour couvrir les frais de chauffage de leur foyer ou faire face à des dépenses imprévues », écrit l'ONG en préambule. Oxfam avance plusieurs explications qui ont conduit à ce creusement des inégalités. La première veut que les particuliers, les entreprises et les groupes d'intérêt fortunés ont la mainmise sur les décisions politiques. « Les régimes fiscaux et les politiques des Etat sont conçus pour profiter à une minorité », indique l'ONG. Les programmes d'austérité mis en œuvre dans certains pays de l'Union européenne font clairement peser la réduction du déficit public

sur les épaules de la frange pauvre et vulnérable de la population. De nombreux pays européens recourent à des régimes fiscaux injustes qui ne parviennent pas à corriger les inégalités de revenus. Parallèlement, le coût de la fraude et de l'évasion fiscale dans l'Union européenne représenterait un manque à gagner de 1000 milliards d'euros chaque année. « Une somme suffisante pour doubler les investissements totaux des pays européens en matière de santé publique », souligne Oxfam. Il est temps d'agir. Pour réduire ces inégalités, l'ONG préconise d'abord de renforcer la démocratie institutionnelle. Pour Oxfam il est urgent de réinvestir dans les services publics. Pour garantir une éducation et des soins de santé publics gratuits et universels pour tous. A cela doit s'ajouter la nécessité de garantir un travail et des salaires décents ainsi qu'une meilleure justice fiscale.

Les notes de lecture

Ma vérité sur l'affaire Vincent Lambert

Eric Kariger, Paris, Bayard Culture, 2015, 161 pages, collection Essais Documents par M^{me} Viviane Renault, docteur en histoire

Depuis 2013, l'affaire Vincent Lambert, du nom d'un patient en état végétatif irréversible depuis plusieurs années, est régulièrement en une des médias et des décisions judiciaires. Eric Kariger, chef de pôle au CHU de Reims, médecin du jeune patient depuis 2009, décide, après avoir quitté ses fonctions en 2014, de témoigner comme médecin, homme de conviction et chrétien sous la forme d'un entretien avec Philippe Demenet, chef de service à l'hebdomadaire *Pèlerin*. Le ton de l'échange est donné avec les premiers mots « Ma vérité » et le sous-titre « Son médecin s'explique ». Ce témoignage paraît le 8 janvier 2015, en pleine actualité sur l'affaire Lambert au lendemain de l'examen par la Cour européenne des droits de l'homme d'un recours des parents suite à la décision médicale d'arrêt des soins de Vincent.

Eric Kariger évoque d'emblée les divergences entre l'équipe médicale et les parents du patient. Puis l'entretien s'attache, au second chapitre, à historiciser le parcours médical de Vincent, infirmier de profession : le diagnostic de pauci-relationnel, les investigations médicales poussées, la décision d'arrêt des soins et, suite à une erreur de communication que le médecin reconnaît, les premiers recours judiciaires des parents Lambert pour stopper cette procédure. L'histoire personnelle et familiale de Vincent est abordée pour situer les divers interlocuteurs du médecin, leurs relations et pour comprendre le refus déclaré de Vincent, avant son accident, d'un acharnement thérapeutique, une directive orale qui a toute son importance pour Eric Kariger. Le médecin revient aussi sur la procédure mise en œuvre, nommée collégiale, prévue par la loi Leonetti afin de s'interroger sur une éventuelle limitation ou arrêts des traitements actifs.

La force du livre est de dépasser le sort de Vincent Lambert pour mettre en perspective, au chapitre trois, le parcours d'Eric Kariger. Il aborde simplement et librement son enfance, sa vocation de médecin, ses choix professionnels (spécialiste de santé publique et de gériatrie), son regard sur la fin de vie et la mort, un chemin animé par une foi chrétienne revendiquée. Eric Kariger est contre l'euthanasie et soutient avec force le mouvement et les soins palliatifs. Le chapitre quatre met finalement en exergue deux conceptions

qui s'affrontent : le droit à une vie digne portée par le Docteur Kariger, l'épouse du patient et certains membres de la famille Lambert et le droit à la vie à tout prix défendu par les parents de Vincent. Le médecin aborde aussi les attaques des extrémistes intégristes et l'ignorance de certains juges.

L'auteur a souhaité adjoindre des annexes qui complètent utilement son propos : une chronologie de l'affaire Lambert, un résumé des lois sur la fin de vie et les droits du patients, un rappel sur les directives anticipées. Le Docteur Kariger a rédigé sa propre directive anticipée qu'il publie à titre d'exemple, ainsi qu'un article du CNOM sur le soulagement des souffrances, la limitation ou l'arrêt des traitements. Enfin, il publie en fac-similé quelques lettres d'insultes ou de soutien reçus, reflets d'un emballement médiatique hors norme.

Ce livre s'adresse à tous ceux qui, loin des raccourcis médiatiques sur la situation médicale du patient et la position caricaturée de son médecin, souhaitent connaître avec précision et concision un autre point de vue sur l'affaire Lambert. De même, tous ceux qui s'intéressent à la question de la fin de vie, au droit à une vie digne et aux droits du patient y trouveront matière à réflexion. Un livre d'actualité à lire !

Jean-François Rey, *Penser la santé,* Recueil de textes

Ouvrage dirigé par Michel Limousin, Éditions Le Temps des Cerises, 244 pages.

NDLR : Nous donnons ici en guise de note de lecture l'introduction de cet ouvrage rédigée par ses enfants Pierre-Alain⁽⁵⁾, Marc⁽⁶⁾ & Véronique⁽⁷⁾ Rey, sous le titre « L'exercice médical en questions »

Dès la soutenance de sa thèse en 1952, notre père pense que l'exercice de la médecine doit évoluer. Issu d'une pratique définie au XIX^e siècle, limité à un échange entre un médecin qui sait et un patient qui écoute, cet exercice médical est devenu inadapté au XX^e siècle. Cette pensée le conduit à élaborer une médecine d'équipe, ce qu'il fait avec d'autres médecins politiquement engagés. Cette équipe rencontre alors le mouvement mutualiste initié dans les Bouches du Rhône par la CGT.

Cette pratique de médecine d'équipe en collaboration avec les sociétés mutualistes conduit à une expérience originale, véritable vivier de réflexions, d'échanges et de perspectives sur l'avenir. La démarche est toujours collaborative, plurielle. La réflexion est co-construite, longuement discutée avec tous les partenaires : médecins, soignants, scientifiques, administrateurs des sociétés mutualistes, ouvriers, patients, hommes/femmes de terrain. Sa quête auprès des autres est, comme il le dit lui-même de « repérer des idées neuves qu'ils suggèrent, des questions qu'ils soulèvent ». La réflexion médicale n'est donc absolument pas contenue dans un problème technique mais d'abord, et avant tout, reste une interrogation sur l'homme au sein de la société dans laquelle il vit. Les questions médicales s'inscrivent dans une temporalité, un contexte ancré dans le champ social. L'exercice médical, pour être pertinent, ne peut pas se situer hors du champ social : son efficience en dépend.

Les thèmes de réflexion portent d'une part sur l'exercice médical (*Manifeste médical de l'UDMT: une conception nouvelle de l'exercice médical p.15-37*) et d'autre part sur le concept de santé qui ne peut être limité à l'absence de maladie et se définir ainsi négativement

(« Pour une meilleure compréhension de la santé »).

L'exercice médical est pensé à partir du colloque singulier, et il est porté vers une dimension collective et sociétale. La première démarche est de montrer que l'on ne peut réduire l'exercice médical au colloque singulier (*Colloque singulier : valeur et limites (JFR) Du discours à la réalité : éthique médicale et colloque singulier JFR*). La deuxième démarche invite les praticiens à sortir de leur isolement du fait des progrès techniques et scientifiques et de l'évolution des typologies des maladies, qui sont moins des maladies aiguës (infectieuses) et plus des maladies chroniques (dégénératives ou de surcharge). La pertinence de la médecine d'équipe s'en trouve dès lors renforcée (*Indépendance professionnelle réalités et imaginaire (LC, JFR)*). Enfin, le financement doit être repensé : les notions de tiers payant, de paiement à l'acte ou à la fonction (médecins salariés) ont connu une évolution considérable au cours des 50 dernières années (*Le tiers payant, quel est l'enjeu ? JFR*) et ne cessent aujourd'hui d'être au cœur de l'actualité médicale.

La définition de la santé est posée d'emblée comme un axe de réflexion. Elle doit s'inscrire dans une dimension historique et sociétale. Dès 1980, il dira clairement « si la santé est bien indissociable de la relation homme/environnement, il faut partir du travail. Alors la définition positive de la santé correspond étroitement à la définition positive du travail ; le travail permet la satisfaction des besoins dans la mesure où le travail est une activité fabricatrice – faire et se faire [...] –, où le travail est support des relations sociales et principe d'organisation de la société. Car il est de la nature de l'homme d'avoir à se construire en construisant une société qui le lui permette. » (Rey, J-F., 1980 : 118, *Pour une meilleure compréhension de la santé*, Prévenir Travail & Santé, oct. 1980/2).

Cette approche le conduit à interroger le concept de prévention. L'état sanitaire d'une population ne peut pas être centré sur le traitement des malades, mais doit se centrer sur la prévention avec la détection des facteurs de risque. Cette détection ne peut pas être le fait des seuls médecins mais doit s'exercer au sein de la société civile, en particulier des sociétés mutualistes. Cette détection s'organise autour de l'analyse environnementale du milieu de travail et du milieu de vie, analyse réalisée à la fois par les experts constitués par les travailleurs (« experts bruts ») et par les experts spécialisés (médecins du travail, médecins de famille, travailleur sociaux...). (*Solidarité et Mutualité*

5 Médecin généraliste

6 Neurologue, Maître de conférences CHU Marseille

7 Linguiste, Professeur des Universités

JFR Mouvement ouvrier, mutualité, santé, ou « le plus » mutualiste dans les Bouches du Rhône. JFR)

Cette détection permet, au moindre coût pour la société, la préservation du capital santé. Cette préservation permettra de retarder le mauvais vieillissement, dernier thème de réflexion de notre père. Là aussi, la distinction entre le vieillissement conçu comme inéluctable et le mal vieillir est pensée au sein d'une stratégie de prévention. Et notre père n'hésitera pas à parler « d'une révolution culturelle » face à ce défi sociétal (*Vieillesse et mauvais vieillissement, 1998*).

Ces thèmes de réflexion conduits dès les années 70 résonnent aujourd'hui avec une étonnante modernité.

Concernant l'exercice médical, le paiement à l'acte par le patient, auparavant vigoureusement revendiqué par les médecins qui s'opposaient aux tarifs conventionnels, a progressivement été substitué par un paiement indirect à l'acte (le tiers payant) pour la majorité des actes, hors consultation et chirurgie esthétique. Les médecins salariés, quasi inexistantes en 1952, constituent en 2015 une importante part de la population des médecins. Le travail en groupe ou en équipe est largement privilégié pour assurer la continuité des soins et ainsi une meilleure prise en charge des patients. Pour ne citer qu'un exemple, en cancérologie, les réunions de concertation pluridisciplinaire sont obligatoires pour envisager un traitement. Ce travail en équipe pluridisciplinaire, largement critiqué à l'époque, est devenu maintenant un élément de référence dans la pratique médicale. L'expression « centre de santé », révolutionnaire dans les années 60, est aujourd'hui avancée comme un indice de qualité de soins.

Concernant la prévention, le milieu du travail a été problématisé comme source potentielle d'accidents ou de maladies et comme source de coût pour la société. Le milieu professionnel a été progressivement encadré pour prévenir les altérations de la santé. Les entreprises sont aujourd'hui tenues de mettre en place des procédures pour éviter la survenue de maladie professionnelle. Les « diables rouges » du port de Marseille ont fait école, les CHSCT (comité d'hygiène de sécurité et des conditions de travail) ont vu le périmètre de leur compétence s'élargir au cours des 50 dernières années, notamment par la présence de travailleurs élus en leur sein. Par ailleurs, le concept de bien-être au travail est un concept largement reconnu dans le monde entrepreneurial. Différentes études ont de fait démontré l'impact positif du bien-être au travail sur la producti-

tivité. Cependant, l'approche demeure verticale (des directives de type « top-down ») et moins collaborative et sociétale, générant potentiellement un désengagement des acteurs dans la prise en charge de leur santé.

Concernant la dimension sociale de la santé, la route est plus longue. Bien sûr, la santé ne peut plus se penser sans interroger la société dans son ensemble et les différents acteurs dans leurs projets sociétaux. Compte tenu de l'explosion des coûts liés à la prise en charge des maladies et au vieillissement de la population, les pratiques sociales de santé sont parmi les premières préoccupations des politiques.

Les solutions proposées pour une meilleure maîtrise des coûts restent cependant très orientées par rapport à la maladie et peu par rapport à la santé :

1. volonté d'optimiser les moyens par le regroupement des acteurs ;
2. volonté de faire participer les malades à leur traitement avec le développement de l'éducation thérapeutique.

Les idées développées à partir de l'expérience des sociétés mutualistes articulées autour d'un centre de santé mettent en exergue l'importance du dialogue entre les travailleurs dans leur environnement et les experts spécialisés (soignants, épidémiologistes, etc.). Les travaux de notre père s'inscrivaient dans cette idée émise par Chombard de Lauwe (1980) : « les connaissances qu'ils (les ouvriers) nous apportent sont irremplaçables. Aucun chercheur ne peut les remplacer : la réflexion en commun ouvriers et chercheurs est une nécessité ». Ces idées font également écho à celles élaborées par I. Oddone avec les groupes homogènes de travailleurs de la région de Turin. La mise en application de ces idées est plus complexe car nécessairement plus locale : « Toutes les connaissances disponibles doivent être mises à la disposition de tous les acteurs sociaux pour qu'ils soient capables d'autogérer leur santé ».

L'autogestion de la santé reste encore une utopie, mais au moment de célébrer les 70 ans de la Sécurité Sociale, le rappel de ces idées fondatrices nous semble plus que jamais une nécessité vitale pour dépasser un raisonnement strictement technique ou économique et pour aider à nourrir le lien entre la santé et le vivre ensemble.

Le courrier des lecteurs

Mourir dans la dignité

Par le Dr Paul Cesbron

« *La mort c'est le moment de la vie où l'autonomie de la personne devrait être la plus respectée* »
(Didier Sicard, « *Rapport sur la fin de vie* », 2012)

L'autonomie de la personne fonde son humanité et l'exigence de dignité lors des derniers instants de la vie en est la reconnaissance la plus forte. Née en 1980, l'association qui porte cette volonté ne cesse de populariser cette application du droit à la libre disposition de sa vie.

Or depuis des siècles notre souffrance est confiée, lorsque nos moyens le permettent, aux médecins, censés connaître les secrets de nos corps et les remèdes qui les soulagent de leurs douleurs et parfois même les guérissent. Ainsi l'application de cette liberté face à nos maux relève-t-elle de la décision d'un tiers. Il ne s'agit ici que de ceux qui recourent à la science médicale pour se soigner. Aussi les sociétés humaines ont-elles décidé pour la plupart et de plus en plus fréquemment, de soumettre à des lois l'organisation des soins et l'exercice des professions soignantes.

On ne peut donc pas demander à un médecin de mettre fin à nos jours, même s'il vous annonce votre inéluctable décrépitude et la proximité de votre mort. Il faut assurer soi-même cette tâche, ou s'en tenir au respect de lois qui, y compris dans les pires régimes, interdisent de tuer son prochain (hors des pratiques guerrières ou répressives et de la « légitime défense »).

Ainsi les médecins ne peuvent-ils répondre à l'exigence de dignité en fin de vie hors de préceptes législatifs, tout comme leurs concitoyens.

Les parlementaires, représentants du peuple, vont donc préciser les lois qui encadrent tout l'appareil sanitaire. Nous voici à cette étape où les députés et sénateurs se sont fixés pour objectif d'enrichir une loi votée le 23 avril 2005 et défendue à l'époque par Jean Léonetti. Elle faisait suite à celle du 5 mars 2002 sur les *Droits des malades et la qualité des soins*. Et se nommait d'ailleurs *Droits des malades à la fin de vie*.

Jean Léonetti associé à Alain Claeys, l'un représentant la minorité, l'autre la majorité, vont défendre le nouveau projet. Celui-ci précise les conditions de prescription de la sédation profonde ainsi que la pour-

suite de l'alimentation et de l'hydratation artificielles : incurabilité (inefficacité du traitement de la pathologie en cours, tant sur son évolution que sur les douleurs qu'elle entraîne) et évolution fatale à court terme. Ces mesures s'opposent ainsi à ce que l'on nomme l'acharnement thérapeutique. Il propose de rendre contraignantes les directives anticipées du malade c'est-à-dire sa volonté écrite ou exprimée, de ne pas être victime d'un traitement inutile et de pouvoir bénéficier d'une sédation profonde jusqu'à son décès. Ce projet de loi conforte le rôle de la « personne de confiance » de la ou du patient. Elle confirme la volonté de celui-ci lorsque sa conscience est altérée.

La sédation profonde qui fait cesser toute perception douloureuse et toute conscience, sera alors poursuivie jusqu'à la mort. La décision, d'une telle gravité est alors prise collégialement afin de s'assurer du respect des conditions requises. Elle est également vérifiée par un praticien consulté n'appartenant pas à l'unité de soins (palliatifs) concernée.

Ainsi l'accès des soins assurant la mort dans la dignité est rendu possible lorsque survient le risque d'une dégradation incurable et fatale, jetant le patient dans une détresse extrême et douloureuse, alors qu'il a clairement fait part de sa volonté d'y mettre définitivement fin. Enfin les médecins sont dans l'obligation de porter à la connaissance des patients la disponibilité thérapeutique en question. La clause de conscience pour les praticiens est applicable mais elle nécessite le renvoi à un praticien qui accepte cette procédure.

La majorité de l'Assemblée Nationale, dont la totalité des députés du Front de Gauche ayant eux-mêmes participé à l'enrichissement de ce projet de loi, a voté ce texte. Mais les membres du Sénat l'ont majoritairement amendé en éliminant tous les progrès apportés à la loi de 2005, liés au respect des volontés des mourants. Les sénateurs du groupe communiste républicain et citoyen (C.R.C.) se sont opposés à ce qu'ils ont ainsi considéré comme une altération du texte voté à l'Assemblée Nationale.

Il est vraisemblable que la loi Léonetti - Claeys sera reconduite en l'état à quelques nuances près. Le Président de la République avait vivement souhaité obtenir, comme en 2005, un texte consensuel apportant les réponses les plus conformes à la dignité des patients. Ce ne sera vraisemblablement pas le cas.

Sont-ce de lamentables raisons politiciennes qui ont amené le groupe majoritaire au Sénat à s'opposer à ce nouveau texte ?

Après tout, n'est-il pas possible que non tenus par l'engagement présidentiel, beaucoup se soient sentis libérés du poids, à leurs yeux excessif, d'une décision législative d'une telle gravité. Cette hypothèse ne peut être balayée d'un revers de main alors qu'un débat de cette nature plonge ses racines jusque dans l'intime, non seulement de la culture, la philosophie ou plus simplement des convictions de chacun, mais surtout dans sa propre expérience de la souffrance, de la détresse et de la mort. D'ailleurs, cet aspect a été souligné par la représentante du groupe C.R.C. qui a laissé à chacune et chacun le soin de se positionner.

Et puis, n'y a-t-il pas quelque inquiétude légitime à voir s'étendre la médicalisation de tous les aspects les plus personnels de la vie, de la conception d'un enfant jusqu'au dernier souffle, de l'amour jusqu'à toute relation humaine ?

Quoi qu'il en soit, la vie doit se clore, s'éteindre et laisser place à son propre renouvellement, au-delà de nous-mêmes.

Que cette fin soit lente ou brutale, en pleine force ou dans l'affaiblissement progressif de nos moyens, l'essentiel est bien que la dignité de toute personne, à chaque instant de sa vie soit reconnue, respectée, exaltée même dans sa fonction créatrice. Il n'est pas d'autre tâche humaine qui mérite plus de s'y consacrer. Accueillir toute nouvelle vie et lui faire place.

Le 25 juillet 2015

Les documents

Le tiers-payant, quel est l'enjeu ?

Par le D^r Jean-François Rey

NDLR : nous redonnons ici ce texte de Jean-François Rey paru dans la Revue Prévenir, N° 4, Octobre 1981, revue qu'il avait fondée. Ce texte historique est inséré dans le livre de recueil de textes publié aux Éditions du Temps des Cerises. Nous pensons qu'il garde toute son actualité au moment où cette question revient dans le débat national. Il a fait l'objet d'une présentation lors du Congrès national des centres de santé 2015.

Le tiers-payant est une expression relativement nouvelle, qui recouvre des situations dont l'histoire remonte aux premières sociétés mutualistes. Il a curieusement suivi l'organisation de la médecine et l'évolution des moyens dont celle-ci disposait pour faire face à la maladie. Il s'agit de l'interposition d'un tiers, d'un « troisième » entre celui qui donne ou réalise une prestation dans le domaine de la santé : le médecin et celui qui bénéficie de cette prestation : le malade. Mais tiers-payant car la finalité de cette interposition est de payer le premier, c'est-à-dire le médecin, en lieu et place du second : le malade, après que l'acte médical ait été effectué. Le tiers-payant est en fait toujours une institution : la Sécurité sociale, une mutuelle, une compagnie d'assurances. Il fonctionne sur la base d'une double articulation. D'une part, chaque individu - malade potentiel - s'intègre à une organisation, à un mouvement, à une société mutualiste, par le paiement d'une cotisation correspondant au risque envisagé. Et dans le même temps, cette organisation élabore un contrat ou une convention avec les praticiens ou leurs organismes représentatifs, qui lie les uns et les autres. C'est sur cette base que seront payés ou honorés par le groupement ceux qui ont fourni une prestation. Le tiers payant constitue une modalité importante de la couverture sociale. Il peut être total ou partiel, voire complémentaire. Mais il ne préjuge en rien du système médical ou du système de santé mis en place dans tel ou tel pays. Dans son fonctionnement, il en est indépendant et doit, pour sa compréhension, en être totalement dissocié. Système libéral français, National Health Service en Grande-Bretagne, médecine de caisses en Allemagne se déroulent avec des systèmes de tiers-payant, complet ou partiel, et cependant la base de la rémunération des médecins dans chacun des systèmes est différente. Néanmoins, il serait faux de considérer les systèmes ou les modes de tiers-payant comme totalement étrangers au type d'organisation médicale ou aux systèmes politiques qui les mettent

en place. Les diverses conceptions actuelles du tiers payant et son histoire récente montrent bien qu'il peut avoir des significations politiques et économiques qui se situent en parfaite opposition. Un système de tiers-payant mis en place par une mutuelle - organisme démocratique, à but non lucratif - diffère totalement quant aux objectifs et au fonctionnement d'un système cependant analogue instauré par une compagnie d'assurance, structure commerciale à but lucratif. Cerner la définition, mais aussi les modalités et les finalités du tiers-payant est donc une démarche essentielle pour en apprécier correctement toute la signification et tout l'enjeu.

Le tiers-payant a d'abord été un moyen d'accessibilité aux soins

La recherche d'une couverture collective pour faire face à la maladie en étant groupé a toujours été une hantise des couches sociales défavorisées, en particulier de toutes celles qui au XIX^{ème} siècle étaient touchées par le développement du paupérisme. Pourquoi cette volonté profonde des classes laborieuses de lutter *ensemble* contre la maladie ? Parce que celle-ci ne représente pas seulement un drame au niveau d'un individu, mais très rapidement retentit sur la famille, sur le groupe social. Être malade, c'était - et hélas, c'est redevenu - dans notre pays synonyme de perte d'emploi, donc suppression de ressources. Etat pathologique par conséquent, mais interférant rapidement sur une situation sociale. Les deux moyens pour lutter, collectivement, contre cette précarisation de la situation sociale en cas de maladie n'ont pas varié depuis le Moyen Age. On peut considérer que dès cette époque des modalités de tiers-payant avaient été mis en place soit par la « distribution de soins en naturel », soit par « l'aménagement d'une maison hospitalière », en contrepartie d'une cotisation. L'étude des confréries, des corporations montre que leur démarche anticipait la démarche future des sociétés de secours

mutuels. Vers 1300, « *les ouvriers pourpointiers de Paris versaient une cotisation dont le produit était consacré aux dépenses de la confrérie, notamment à secourir les pauvres du métier et à fonder en leur faveur deux lits garnis à l'hôpital Sainte Catherine*⁽⁸⁾ ». On peut donc constater que, dès cette époque 1300-1500, les acteurs - responsables de groupements, de confréries, malades, médecins - jouent un rôle analogue à celui de notre époque, seul l'État est encore absent. Mais, le décor, l'environnement économique et politique changera. D'ores et déjà, pour faire face à la maladie, le tiers-payant - résultat de l'entraide - est organisé sous ses deux modalités essentielles.

Dès les premières décennies du XIX^{ème} siècle, qui voient la mise en place de l'industrialisation avec son cortège massif de paupérisme, le problème de la couverture sociale de la maladie, des accidents du travail, devient un enjeu de luttes entre les ouvriers et les patrons et, par les projets de lois qui en découlent, très longuement discutés à la Chambre des députés, finalement un enjeu politique. C'est en juillet 1868 qu'une loi avait créé une caisse nationale d'assurance contre les accidents du travail - loi qui ne sera pratiquement pas appliquée, mais qui sera reprise sous une autre forme et discutée pendant des dizaines d'années⁽⁹⁾. Nous voyons donc pendant le XIX^{ème} siècle les ouvriers se regrouper, dans la mesure où ils le peuvent, dans leurs sociétés de secours mutuel. Et celles-ci seront aussi des sociétés de résistance au patronat et au pouvoir politique. Leurs promoteurs proclament deux objectifs principaux :

« Assurer à leurs membres, par un service médical approprié, la couverture gratuite des frais médicaux et pharmaceutiques et leur constituer une retraite pour leurs vieux jours. » A l'origine, les sociétés s'entendent avec un ou plusieurs médecins et pharmaciens. Les accords se font le plus souvent sur la base d'une somme fixe par sociétaire, payée en fin d'année et connue sous le nom « d'abonnement ». Dans la première moitié du XIX^{ème} siècle, ces accords se réalisent sans difficulté notable entre le corps médical et les sociétés de secours mutuel. A noter cependant que, dès 1822, la Société royale de médecine signale au préfet des Bouches-du-Rhône les « inconvénients d'un tel système » basé sur un tarif considéré par celle-ci comme « peu élevé ».

8 J. BENNET, *La mutualité à travers sept siècles d'histoire*.

9 Les confréries recherchèrent un moyen plus efficace de venir en aide à leurs adhérents en édifiant elles-mêmes un hôpital qui leur était exclusivement réservé. Comme les médecins étaient rares (72 en 1550 à Paris pour 300 000 habitants) et leurs honoraires en élévation constante pendant les périodes critiques, les confréries voulurent gérer elles-mêmes leurs œuvres.

Néanmoins, de façon générale, les médecins apportent leur concours aux sociétés en étant aussi leurs conseillers en matière de prévention, en donnant des conseils d'hygiène. Les sociétés de secours mutuel adoptent trois modes différents de paiement, de tiers-payant pour la rémunération des médecins : traitement fixe, forfaitaire et annuel ; abonnement annuel par sociétaire, donc un système à la capitation ; honoraires à l'acte tels que nous les connaissons de nos jours. Et chaque mode de rémunération entraîne des inconvénients et des abus. Mais les accords se négocient librement, c'est-à-dire en dehors du gouvernement et en l'absence de toute législation contraignante, jusqu'au moment où médecins et pharmaciens commencent à s'émouvoir de la multiplication de ces accords. On discute déjà des « personnes aisées » admises « trop facilement » dans les sociétés de secours mutuel. En 1898, une circulaire du ministère de l'intérieur, puis une loi, prévoient qu'il faut empêcher que les sociétés « ouvertes à tous les travailleurs de situation précaire ou modeste » soient envahies par des gens « qui ont le moyen de payer, le cas échéant, le médecin au tarif de la clientèle ordinaire ». Reproche qui ira en s'amplifiant et se fera entendre jusqu'à nos jours par la dérogation conventionnelle due aux ressources dont dispose l'assuré social. Mais pour l'ensemble des médecins, en particulier ceux qui exercent dans les quartiers ouvriers ou les jeunes médecins qui n'ont pas les moyens de s'acheter une clientèle, la société de secours mutuel reste une garantie appréciée pour la « régularité et la sécurité » de leur rémunération⁽¹⁰⁾.

Le tiers-payant, « socialisation » de l'exercice libéral d'une profession

Il convient cependant d'apprécier que les prémices des futurs conflits entre système de couverture sociale et corps médical apparaissent dès les années 1850. En effet, dans la seconde partie du XIX^{ème} siècle, les médecins mettent en place leur petite entreprise qu'ils entendent gérer à leur main, dont ils veulent être les seuls responsables et les seuls bénéficiaires, et ceci dans un environnement économique caractérisé par le capitalisme libéral et l'idéologie qui lui correspond.

10 Le docteur Fournié précise que l'institution des sociétés de secours mutuel a été pour beaucoup de médecins et de pharmaciens une occasion de bien-être incontestable, car la plupart des malades auraient dû être traités gratuitement ou bien ne se seraient pas fait soigner. Ainsi par exemple, la Société philanthropique de Paris, créée en 1810, délivrait comme beaucoup d'autres sociétés de secours mutuel une carte (dont le prix était en 1856 de 40 francs) qui donnait droit aux secours médicaux et pharmaceutiques pendant tout le temps de la maladie et ne pouvait servir que pour un malade à la fois. Cité par J. BENNET, *La mutualité à travers sept siècles d'histoire*, p. 35.

Dès lors, le tiers-payant leur apparaît comme une immixtion dans leur pratique. Leur exercice médical libéral s'accommode mal et s'accommodera de moins en moins de cette tentative de « socialisation », de rémunération négociée sur la base d'une convention entre groupes. L'individualisme de chacun subit mal cette contrainte résultant d'un accord collectif. Mais la misère, le paupérisme sont considérables. Les médecins, peu nombreux, remplissent davantage une fonction d'hygiéniste que de clinicien pur. Ils ne sont pas encore organisés en syndicat. Ils acceptent donc, dans leur quasi-totalité, le paiement différé et global par les sociétés de secours mutuel, c'est-à-dire le tiers-payant. A la fin du XIX^{ème} siècle, deux éléments nouveaux apparaissent ou se précisent. La clinique, c'est-à-dire la recherche du symptôme, l'établissement du diagnostic, le « traitement » individuel, devient souveraine, escamotant tout développement équivalent de l'hygiène et de la prévention, et ceci jusqu'à nos jours. Le médecin au niveau de chaque patient fait *un acte* médical et désormais son activité devient exclusivement cette succession d'actes médicaux sur des patients qui lui « font confiance ». Le médecin est à la fois seul acteur et seul juge de sa propre action, et par conséquent seul juge de la valeur de cette action, de cet acte. Finis les conseils aux sociétés de secours mutuel pour leur fonctionnement comme pour l'éducation sanitaire de leurs membres. Le médecin exerce son art en tête-à-tête avec un individu. Enfin, à l'insuffisance du nombre de médecins, l'élite médicale oppose régulièrement la pléthore médicale qui implique d'être vigilant sur « sa » clientèle. Simultanément, le développement des sciences et des techniques amène une maîtrise de plus en plus forte sur les maladies, intervient sur la morbidité et fait reculer l'âge de la mortalité. Après Pasteur, les interventions chirurgicales se multiplient. On meurt par exemple de plus en plus rarement d'appendicite aiguë. Inexorablement, les coûts de la maladie s'élèvent. Et ce n'est plus seulement pour les faibles revenus que se pose le problème de comment faire face aux coûts de la maladie. Un droit social nouveau s'élabore au niveau de *toutes* les couches sociales : le droit à la santé, à une sécurité sociale. Comment le concrétiser au niveau de chacun ? Comment en effet, seul, faire face à des charges qui déjà peuvent être lourdes ? C'est donc la collectivité ou la société à laquelle j'appartiens qui doit dans le moment difficile « me prendre en charge » en fonction de ma propre participation.

Comment devant cette double nécessité - volonté sociale de recourir de plus en plus à un système de soins, coût de plus en plus élevé de ceux-ci - va réa-

gir le corps médical ? Les années 1925-1930 voient enfin la mise en place de la législation des assurances sociales, des contrats collectifs qui devaient, dans le cadre de l'accord, déterminer les tarifs. Mais d'entrée, le gros problème posé aux syndicats médicaux est celui du tiers-payant et la majorité du corps médical veut le voir exclu par la loi elle-même⁽¹¹⁾. Finalement, dans la loi du 30 avril 1930, le tiers-payant est exclu et les tarifs de responsabilité n'engagent que les caisses mais non pas le praticien. Le 30 novembre 1927, la charte médicale, rédigée par le docteur Cibrié, a été votée par le congrès des syndicats médicaux avec les quatre principes fondamentaux, dont deux portent sur l'entente directe et le paiement direct des honoraires au médecin. Charte dont l'objectif était précisément de faire pièce à cette nouvelle législation⁽¹²⁾. Les médecins luttent en effet opiniâtrement pour l'entente directe, contre le tiers payant et les tarifs opposables. Ceci parce qu'ils entendent gérer, eux-mêmes, le double secteur en demandant plus aux malades riches, peu ou rien aux pauvres - comme le propose le serment d'Hippocrate - au nom de leur éthique certes, mais aussi au nom de consignes syndicales qui s'opposent à toute immixtion dans leur entreprise. Clément Michel, directeur de la F.N.O.S.S., faisait justement remarquer que « *les assurances sociales ont pour objet de rendre inutiles toute bienveillance et toute charité de ce genre parce qu'elles substituent à cette intervention individuelle un système bien organisé de protection sociale*⁽¹³⁾ ». Et cependant, un nombre de plus en plus important de médecins prend peu à peu conscience des inconvénients du lien d'argent entre le médecin et le malade. Mais en juillet-août 1945, dans *Le Médecin de France*, le docteur Cibrié écrit encore : « *Nous ne voulons pas voir s'abattre un jour prochain sur la loi des assurances sociales le système effroyablement démoralisateur du tiers-payant.* » Incontestablement, le président de la confédération des syndicats médicaux français aura lutté avec la dernière énergie contre toute tentative de « socialisation »

11 Le docteur Cibrié, président de la C.S.M.F., dit et redit : « *La vraie liberté pour l'assuré comme pour le médecin réside dans l'entente directe.* » C'est-à-dire le mode traditionnel de détermination des honoraires : à l'acte, au cours du colloque singulier entre le médecin et son client.

12 Pendant une trentaine d'années, la pensée médicale majoritaire tourne comme un leitmotiv autour de ces deux affirmations du président Cibrié : « Ce qui peut être bon du point de vue social est souvent déplorable du point de vue humain. Le développement d'une médecine sociale irait à l'encontre d'une médecine respectueuse de la personne humaine. La liberté des honoraires est une des conditions de la confiance des malades, donc de l'efficacité du traitement. »

13 Pour les médecins, l'objet marne de la négociation avec les représentants de la F.N.O.S.S. consistait à leur faire renoncer aux « avantages des revenus variables pour adopter les inconvénients des revenus fixes » (H. HATZFELD, *Le Grand tournant de la médecine libérale*, p. 80)

de la pratique libérale, du paiement à l'acte. Et ce n'est qu'en 1960 que des conventions départementales seront signées dans une majorité de départements.

Cette longue histoire - presque un demi-siècle - montre à quel point les médecins entendaient conserver la liberté des honoraires, à quel point ils réduisaient le tiers-payant à un moyen de « corseter » la profession médicale et de briser leur « libre échange » avec les malades. Cependant, au-delà d'une situation globale, les sociétés mutualistes n'ont jamais cessé de pratiquer le tiers-payant, ceci depuis le début du XIX^{ème} siècle. Ensuite, dès 1893, est mise en place la loi sur l'assistance médicale gratuite, puis en 1898 la loi sur les accidents du travail. Après la Première Guerre mondiale, les invalides de guerre bénéficient également d'un système spécifique de tiers-payant. A partir de 1938, les cheminots disposent d'une caisse de prévoyance. En 1945, est mise en place une législation particulière pour les mineurs, employés d'E.D.F.-G.D.F. et cheminots, avec prise en charge dans des structures médicales (dispensaires, centres de santé) gérées directement par l'organisme employeur ou par une caisse particulière (caisse d'action sociale d'E.D.F.-G.D.F. par exemple). Dans les années 1930, de nombreux dispensaires voient le jour dans les municipalités des banlieues ouvrières de la région parisienne. Des médecins, en augmentation constante, exercent donc sans être rémunérés directement à l'acte, en dehors par conséquent du marché médical libéral, en tiers-payant. Celui-ci devient peu à peu un moyen économique indispensable, d'abord aux praticiens dont les équipements sont « lourds ». Pourquoi ?

L'alliance

Au cours des quarante dernières années, l'extraordinaire développement des sciences et des techniques médicales se précipite. Pendant cette période, celles-ci ont progressé plus que pendant les deux millénaires précédents. On assiste à un bouleversement permanent, tel que l'obsolescence coûte plus cher que l'usure technique. Il en résulte une double conséquence : l'augmentation importante des charges ; en même temps l'émergence au niveau de la conscience populaire d'une volonté, celle d'obtenir les conditions les meilleures pour guérir. Dit autrement : pour que s'exerce au niveau de chacun un droit nouveau, le droit à la santé. Alors, une question capitale vient tenir le devant de la scène : pour les médecins comme pour les assurés, de façon globale pour l'ensemble de la société, comment faire face à l'accroissement des dépenses d'investissement et de fonctionnement ? Récemment,

Clément Michel démontrait que la cause effective de l'augmentation du coût des soins devait se chercher dans l'extraordinaire bond en avant du progrès médical⁽¹⁴⁾. Cet enchérissement des soins est dû non seulement au prix des nouveaux équipements, mais aussi à l'évolution des mentalités engendrée par ce progrès⁽¹⁵⁾. Ainsi, en 1979, la consommation médicale finale s'est élevée à 176,4 milliards de francs (soit 3300 F par personne) ; elle était égale à 7,30 % du produit intérieur brut. En 1980, la consommation médicale finale représente 206,5 milliards de francs (soit 3845 F par habitant) et 7,50 % du produit intérieur brut⁽¹⁶⁾.

Mais face à cette évolution, quelle était la politique définie par les pouvoirs publics et par le C.N.P.F. en matière de dépenses médicales ? En 1965, le patronat publiait son fameux document 15 : « *Si à l'origine on a voulu par une compensation générale décharger les catégories socio-professionnelles les plus modestes d'une responsabilité qu'elles étaient incapables d'assumer, on doit aujourd'hui tenir compte du niveau social atteint par ces catégories qui permet à leurs membres de prendre une part raisonnable de responsabilité dans la garantie qui leur est offerte (...)* Un retour progressif aux principes de l'assurance s'impose à mesure que le niveau de vie général s'élève et que la sécurité sociale est étendue à des catégories sociales économiquement plus indépendantes. » L'argumentation morale permet de compléter l'argumentation économique : « *La nécessité de la Sécurité sociale est indiscutable. Mais son extension incontrôlée ne doit pas compromettre le développement économique. Elle ne doit pas non plus décourager les individus et les groupes*

14 *Le Quotidien du Médecin*, n° 2249, 21-22 août 1980.

15 Ce sont les dépenses de consommation correspondant aux secteurs les plus techniques qui croissent le plus rapidement. Et si l'on constate que 10 % des malades occasionnent 70 % des dépenses et 1 % des malades en occasionnent 40 %, cela veut dire que c'est la pathologie lourde, celle qui met en oeuvre des thérapeutiques avancées, qui pèse de façon massive sur le compte « Santé ». Ce ne sont pas les « petits rhumes de cerveau » ou la multiplication des arrêts de travail « bienveillants » (au contraire, leur part dans l'assurance maladie décroît régulièrement) qui « coulent » la sécurité sociale. « *L'entrée triomphale de la science et de la technique dans la médecine coûte très cher.* »

16 En 1978, le CREDOC démontrait que la part du progrès technique, telle qu'elle est reflétée par l'augmentation de consommation des actes nécessitant un appareillage, représentait environ les deux tiers de l'accroissement en volume des actes médicaux. Ces particularités du progrès technique expliquent aussi la part croissante de l'hospitalisation publique et privée dans le coût de la santé et cette part dépasse aujourd'hui le montant global des dépenses de soins ambulatoires. Quelques chiffres de dépenses dues au progrès technique : coût annuel de 65000 *pace-makers* (1 milliard) ; coût annuel de 200000 *cancéreux soignés* (2,5 milliards), in *Le centre de santé*, mars 1980.

de prendre leur part de responsabilité en face des risques fondamentaux de l'existence » Tout en plaidant pour le retour aux principes de l'assurance, le C.N.P.F. préfère que la sécurité sociale reste une mesure d'assistance en ce sens qu'elle serait réservée aux pauvres. L'assurance libre ne saurait intéresser les titulaires de bas revenus, pas plus d'ailleurs que ces titulaires n'intéressent l'assurance libre. Il s'agit d'éliminer la pauvreté à la base pour pouvoir « commercer » tranquillement au sommet⁽¹⁷⁾.

Qu'en était-il déjà, avant la crise économique actuelle, de l'inégalité devant la maladie, malgré l'existence de la sécurité sociale ? F. Sellier fait remarquer : « Alors que l'indice de dispersion ou d'inégalité de la consommation médicale dans l'ensemble des ménages d'ouvriers, employés et fonctionnaires est de 35 % en Allemagne, il atteint 62 % en France (...) Quant à l'indice de dispersion de la part affectée par chaque ménage à la consommation médicale dans la consommation totale, il passe de 2,62 % en Allemagne à 22 % en France. » On constate ainsi que l'inégalité de consommation médicale entre les deux pays est nettement plus forte que l'inégalité de consommation totale. « On ne peut expliquer cette différence sans faire intervenir les différents types de couverture, spécialement l'importance de l'avance des dépenses de soins médicaux et pharmaceutiques en France et non en Allemagne, et secondairement sans doute l'importance du ticket modérateur. Ce sont là deux freins très efficaces pour les catégories les plus modestes. » La crise économique, le chômage, l'inflation accentuent considérablement cette situation. Les ouvrages sur la « pauvreté » en France se multiplient (rapport Oheix, rapport français présenté à la commission des communautés européennes⁽¹⁸⁾). La situation contemporaine ne peut toutefois se comparer à celle du XIX^{ème} siècle.

Nous disposons de moyens diagnostiques et thérapeutiques très précis et très efficaces. Nous savons mieux comment combattre un bon nombre de facteurs

de risque et empêcher le déclenchement de multiples processus morbides. Corrélativement, les coûts d'installation des médecins libéraux ne cessent de s'alourdir de même que les frais de fonctionnement. La rentabilité de leur entreprise est donc menacée à plus ou moins long terme. Comment amortir ces installations de plus en plus sophistiquées⁽¹⁹⁾ ? Désormais, le tiers-payant ne peut plus être considéré comme un système « effroyablement démoralisateur ». Il est reconnu de plus en plus comme un moyen essentiel pour pouvoir dispenser les soins. Dès lors, il devient une base objective d'alliance entre les professionnels de la santé et les assurés sociaux à travers leurs sociétés mutualistes. Mais pour que cette alliance puisse être bénéfique aux praticiens comme aux assurés sociaux, l'organisme avec lequel les médecins passent accord doit être le représentant authentique de ces assurés sociaux, de leurs patients. Son objectif ne doit pas être d'ordre lucratif, mais viser l'accessibilité aux soins, même pour ceux qui sont les plus démunis. Ces critères nécessaires correspondent précisément à la définition des sociétés mutualistes. Face à la politique des pouvoirs publics inspirée par le C.N.P.F., destinée à limiter à tout prix des dépenses de santé sous prétexte de responsabilité accrue des individus, cette alliance constitue le moyen essentiel de résistance et de retournement de cette situation⁽²⁰⁾.

Pour autant, est-ce que la pratique du tiers-payant, l'accessibilité aux soins rendue possible entraînent des charges supplémentaires pour la nation ? Question capitale à laquelle répond le rapport de l'inspection générale des affaires sociales de 1972 : « L'effet général du tiers-payant – et notamment du tiers-payant pharmaceutique – sur la consommation globale de soins est moins établi qu'on ne l'admet généralement en ce qui concerne les assurés seuls. Par contre, il est incontestable en ce qui concerne l'ensemble des ayants droit et se manifeste dans

17 F. SELLIER, *Dynamique des besoins sociaux*, pp.158 à 160.

18 En 1974, le nombre de pauvres en France était estimé entre 1 et 15 millions (évaluation don née respectivement par MM. L. Stoléru et R. Lenoir). Aujourd'hui, il n'est plus possible non seulement d'ignorer l'existence de la pauvreté, mais encore « son inquiétante montée ». Malgré ce contexte, les dépenses de santé ne cessent d'évoluer et en 1980 clics ont été en moyenne de 3 845 F par Français. De plus en plus, non seulement pour les couches les plus modestes, mais pour tous les salariés, comment faire face à ces coûts. Et on assiste à ce paradoxe : gouvernement et patronat veulent à tout prix limiter la couverture par le régime d'assurance maladie des dépenses de soins, alors que dans le même temps, le rapport Oheix, rédigé à la demande du Président de la République et du Premier ministre, préconise « l'attribution d'un soutien social aux plus démunis ».

19 Déjà en 1960, *Le Médecin de France* rapportait cette intervention du docteur Jonchères, président de la C.S.M.F. : « Les radiologistes des Bouches-du-Rhône, par exemple, ont été en proie à un véritable affolement quand ils ont appris que s'ils ne signaient pas une adhésion individuelle au 1^{er} septembre, leurs actes seraient remboursés à 160 au lieu de 260. Alors que la plupart s'était engagé sur l'honneur à ne pas signer de conventions individuelles, ils nous ont tous supplié de les dégager et ont été à peu près unanimes à signer des adhésions individuelles. Alors, qu'on ne dise pas que la crainte des adhésions individuelles est un mythe. Et ce qui est vrai pour les radiologistes l'est pour la plupart des médecins, ne nous faisons pas d'illusion. » Cité par H. HATZFELD, *Le grand tournant de la médecine libérale*, pp. 193-194.

20 Tel est l'enseignement des événements nationaux de 1979-80 et d'un récent conflit local entre une caisse primaire d'assurance maladie et une union mutualiste. Cf. *Prévenir* n° 3,

tous les secteurs de dépenses. L'effet incitatif du tiers-payant semble moins fort lorsqu'il est pratiqué par une institution mutualiste que par une institution à fin lucrative (...) Toutefois, les mutualistes consomment différemment des autres : recourant plus facilement aux praticiens et aux médicaments ou analyses (...) se faisant par contre moins souvent hospitaliser⁽²¹⁾ » A dix ans de distance, les conclusions de l'I.G.A.S. demeurent plus valables que jamais. Le tiers-payant mutualiste n'est pas un facteur d'augmentation des dépenses. Il permet une accessibilité plus facile, par conséquent un recours beaucoup moins fréquent aux techniques sophistiquées et onéreuses de l'hôpital. Or, depuis le début des années 1979-1980, pouvoirs publics et C.N.P.F. entendent instaurer une pratique nouvelle du tiers-payant. La mutualité l'a toujours négocié avec les représentants des professions médicales *de façon démocratique*, avec le souci constant qu'assurés sociaux et médecins en soient véritablement et mutuellement bénéficiaires. Qu'en est-il de la part de ceux qui « règnent » depuis 1967 sur la sécurité sociale ?

Moyen aussi d'instaurer l'austérité

Les ordonnances d'août 1967 ont donné au patronat et à ses alliés la gestion de l'ensemble des caisses. Les mesures de juillet 1979 sont venues les compléter : les dépenses de santé, plus exactement de maladie, ont été enfermées dans une « enveloppe globale » liée à l'évolution du produit intérieur brut. C'est ce qui ressort de l'instauration du budget des hôpitaux et de la convention médicale nationale 1980, mesures dont l'objectif est, dans le domaine de la santé comme dans tous les autres, d'instaurer l'austérité. En 1979,

une nouvelle proposition de loi a été élaborée par le docteur Berger. Elle tend « à la réforme de la sécurité sociale et à la maîtrise des dépenses de santé » ; et ce projet indique qu'une réflexion nouvelle s'impose « sur le rôle et l'avenir de la mutualité dans notre système de protection sociale (...) Comment faire pour que les efforts mutualistes ne constituent pas un contre-plan à l'orientation adoptée pour la protection obligatoire et pour la politique sociale définie par le plan ». Et cependant, cette convention 1980 a prévu des modalités particulières pour la rémunération des praticiens, notamment l'article 4 alinéa 2 qui traite de la délégation de paiement et de la dispense d'avance de frais. Pourquoi cette double démarche, apparemment contradictoire ? Est-ce que les intentions du patronat et des pouvoirs publics, en ce début 1981, ne sont pas d'éliminer toute institution, la mutualité en particulier, qui se situe entre les caisses primaires et les praticiens. Et de contrôler ceux-ci de manière très stricte ? Une première démarche ayant valeur exemplaire s'est déroulée entre le syndicat des biologistes et la caisse nationale d'assurance maladie. Si la valeur du B est passée en juillet 1980 de 1,30 F à 1,40 F -hausse dérisoire-, cette revalorisation est accompagnée d'un protocole d'accord qui prévoit les conditions d'application de la remise conventionnelle. Ainsi, lorsque le taux d'évolution au titre d'une année des dépenses d'assurance maladie relatives aux actes de biologie est supérieur à l'objectif annuellement retenu par les parties signataires - 13 % pour l'année 1980, inflation comprise - il est prévu que les biologistes versent une remise, disons plus exactement une pénalité de 25 à 70 % selon que la progression des recettes passe de 13 à plus de 23 %.

Dans le cadre de cette convention nationale, la caisse primaire des Bouches-du-Rhône avait élaboré une convention départementale prévoyant la couverture en tiers-payant, par la caisse, de la partie qu'elle remboursait normalement, soit 75 %. Mais l'article 2 de cette convention indiquait : « La procédure ainsi instituée ne pourra être appliquée à l'égard des assurés ou ayants droit non exonérés du ticket modérateur qu'après que le biologiste ait été régulièrement et préalablement honoré de la part laissée à la charge des dits bénéficiaires. » Ceci veut dire qu'étaient exclus les mutualistes en tant que tels. Cet accord n'a pas été maintenu, grâce à la lutte opiniâtre de la mutualité

21 On a pu ainsi faire la constatation suivante : pour sa consommation personnelle, le mutualiste qui, en général, est remboursé à 95 %, a coûté en moyenne 572 F à l'assurance maladie en 1970, alors que le non mutualiste coûtait 871 F. Quant aux familles mutualistes, où le nombre des enfants est en général assez élevé, elles dépensaient moins que les autres, 1 083 F au lieu de 1 259 F (*Le Monde*, 7 nov. 1973). A ceux qui, périodiquement, pour résoudre les difficiles problèmes financiers que connaît l'assurance maladie, préconisent l'augmentation du ticket modérateur et la suppression du tiers-payant, le rapport de l'I.G.A.S. oppose les dangers que de telles décisions entraîneraient : « ...danger d'injustice sociale (le poids de telles mesures risquant de pénaliser surtout ceux qui, économiquement, sont les plus faibles) ; mais danger aussi d'inefficacité. » Et l'I.G.A.S. conclut non sans humour ce chapitre sur la « couverture sociale et consommation de soins » : « On pourrait presque poser là un nouvel adage : "En matière d'assurance maladie, limiter ne vaut, car limiter, c'est déplacer." Il faudrait même sans doute dire : "En matière d'assurance maladie, limiter est dangereux, car c'est déplacer en hausse" ». In rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, 1972, pp. 287 à 301.

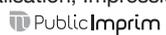
des Bouches-du-Rhône⁽²²⁾. On a tenté de mettre en place une mesure analogue avec le « bordereau 615 ». L'objectif ici encore est d'organiser le tiers-payant entre les établissements de soins privés et les caisses départementales. Il s'inscrit dans le droit fil également de l'article 4 alinéa 2 de la convention nationale de 1980. Ceci, bien que la Fédération des médecins de France ait seule négocié avec la caisse nationale d'assurance maladie. Au départ, l'établissement de ce bordereau ne faisait même pas la distinction au niveau du remboursement entre les frais hôteliers et les honoraires médicaux. La C.S.M.F. analyse ainsi cette disposition : « Les caisses auront donc désormais les moyens d'un contrôle a priori ». En fait, il s'agit d'institutionnaliser le « chèque-médecin » dont l'objectif clairement exprimé est, par la délégation de paiement, de concurrencer le service mutualiste de tiers-payant et de contraindre les médecins d'un établissement à l'accepter, sous peine pour ce dernier de se voir supprimer les modalités de remboursement direct des frais d'hospitalisation. Ainsi, par la convention nationale, de plus en plus contraignante à chaque étape de son renouvellement, et en particulier en 1980, le gouvernement a réussi à imposer aux médecins d'accepter des tarifs de moins en moins négociés. La menace de la suppression du tiers-payant par les sociétés mutualistes a un effet dissuasif pour la profession médicale et finalement la contraint (voir les biologistes) à une pseudo-convention avec les caisses. Le tiers-payant dans ces nouvelles modalités peut ainsi devenir, entre les mains du patronat qui dirige les caisses, un moyen de contrôle très strict des actes effectués par chaque médecin, tout ceci au nom de la « défense » de la médecine libérale.

Pour la mutualité, en particulier la fédération nationale des mutuelles de travailleurs, la pratique du tiers-payant doit être généralisée à tout le pays au lieu de se limiter à un département-témoin ; et pas seulement aux biologistes, mais à tous les professionnels de la santé. Ce sont *tous* les assurés sociaux qui doivent pouvoir en bénéficier. Mais sur la base d'une libre négociation, et avantageuse pour tous les intéressés. L'objectif poursuivi est en permanence la lutte pour une authentique protection sociale, permettant à tous les individus d'utiliser tous les moyens scientifiques et techniques modernes dont nous disposons

à l'heure actuelle. Dans cette douloureuse période de crise qui touche de nouvelles catégories de la population, le tiers-payant est un moyen d'accès aux soins et pour les professionnels de la santé, il constitue un moyen pour dispenser ces soins. Il ne doit pas être considéré comme une « machine de guerre » contre la mutualité après avoir été regardé, à tort, comme un instrument de guerre contre le corps médical. Ce sont les sociétés de secours mutuel qui ont, les premières, exprimé la solidarité de leurs adhérents à travers cette modalité de rémunération, qu'elles ont toujours négociée démocratiquement. Aujourd'hui, le tiers-payant apparaît bien comme un enjeu : dans ce département-test que constituent les Bouches-du-Rhône, le patronat vise à le détourner de son authentique objectif, à l'utiliser d'une manière démagogique pour instaurer une limitation dans l'accession aux soins et contrôler étroitement et de façon autoritaire les praticiens. Cette analyse concerne les assurés sociaux, les mutualistes et les médecins : l'indépendance professionnelle de ces derniers, les soins que nécessite l'état de santé des premiers ne peuvent être assurés que par un refus commun de ces néfastes projets. Les prochaines échéances politiques peuvent laisser penser que ce refus pourrait se manifester de façon claire, inaugurant une période nouvelle où la réponse aux besoins des hommes sera la priorité.

22 Un nouvel accord a été conclu, entériné par la caisse primaire, et prévoyant : « *Il est décidé d'un commun accord d'instituer une procédure complémentaire de tiers-payant mutualiste, permettant aux mutualistes assurés sociaux du régime général de bénéficier comme par le passé, d'une dispense globale de l'avance des frais (part sécurité sociale plus part mutuelle)...* »

Réalisation, Impression:



Dépôt légal : novembre 2015

