



# CAHIERS

Les cahiers de santé publique  
et de protection sociale

*Publication de la Fondation Gabriel Péri*

N° 33  
Juillet  
2019



# LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

## Rédaction

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

## Comité de rédaction

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

## Comité de lecture

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

## SOMMAIRE

### *Éditorial:*

---

<b>Hiroshima &amp; Nagasaki, 74 après, nous interrogeons</b> Par le D <sup>r</sup> Michel Limousin .....	Page 7
---	--------

### *Articles:*

---

<b>Accès des femmes au foncier en terre d'Islam</b> Par Rafic KHOURI .....	Page 10
<b>Sécurité sociale: de l'art de transformer des excédents en déficits</b> Par Jacques Rigaudiat .....	Page 15
<b>Hôpital: une qualité de papier pour des soins assimilés à de la mécanique automobile</b> Par le Dr Michèle Leflon .....	Page 18
<b>La Fabrique des centres de santé</b> Interview du Docteur Richard Lopez, Président de la Fabrique des Centres de Santé (propos recueillis par le Dr Alain Brémaud) .....	Page 24
<b>Analyse critique du rapport LIBAULT sur le grand âge et l'autonomie</b> Par le Dr Michèle Leflon.....	Page 27
<b>Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement</b> Par Claude Chavrot .....	Page 34
<b>Besoin d'un service public pour les personnes âgées et en perte d'autonomie?</b> Par le Dr Michel Limousin .....	Page 37
<b>Note de réflexion concernant la question des retraites et de l'aide à l'autonomie</b> Par Olivier Dartigolles .....	Page 39
<b>Note sur la viabilité économique des centres de santé, Mesures immédiates et perspectives</b> Par le Dr Beaupin, Président de l'Institut Jean-François Rey .....	Page 42
<b>Clefs pour le climat: Culture de la paix, élus territoriaux, gardiens de l'environnement</b> Par Michel CIBOT, Délégué général de l'AFCD RP .....	Page 45

*Le dossier : Bioéthique*

---

**Bioéthique et personne humaine**

Par le Dr Michel Limousin ..... Page 48

**Adoption, Procréation, pas de caricature**

Par Jean Pierre Basset ..... Page 56

*Les brèves des Cahiers* ..... Page 59

---

*Le courrier des lecteurs* ..... Page 71

---

*Document*

---

**Prenons le temps de retrouver le sens de notre travail**

Par le syndicat CGT du CHS de Sevrey ..... Page 76

---

# *Éditorial*

---

## Hiroshima & Nagasaki, 74 après, nous interrogent

Dr Michel Limousin,  
Rédacteur en chef.

Concernant l'arme nucléaire dont finalement peu de gens ne semblent s'inquiéter et surtout pas les pouvoirs publics, il ne s'agit pas d'en redire la dangerosité ni l'importance de leur dissémination. C'est une évidence. L'« *obsolescence de l'homme* » selon l'expression utilisée dès 1956 par le philosophe allemand Günther Anders<sup>(1)</sup>, est-elle programmée? Le journal Le Figaro, propriété du Groupe Dassault, fabriquant d'avions militaires capables de transporter des armes atomiques a publié le 06/10/2017 un article indiquant qu'alors que la campagne internationale pour l'abolition des armes nucléaires ICAN vient d'être récompensée par un Prix Nobel de la paix, environ 16 000 ogives nucléaires sont recensées à travers le monde. Plus de 90 % du stock mondial d'armes atomiques est entre les mains de la Russie et des États-Unis. La France, le Royaume-Uni, la Chine, la Corée du Nord, le Pakistan, l'Inde et Israël complètent le club très fermé des puissances nucléaires. Environ 4 000 bombes sont actuellement déployées et prêtes à l'emploi, selon les estimations de la Fédération des scientifiques américains (FAS). Selon le *Bulletin of the Atomic Scientists* (BAS), la quantité d'ogives a fondu en 30 ans, puisqu'elle était d'environ 64 000 en 1986. Si leur nombre a diminué, leur puissance et leur précision ont augmenté. En 2015, lors d'un déplacement à Istres, François Hollande avait annoncé que la France possédait 300 têtes nucléaires. Signé en 1968 et entré en vigueur en 1970, le Traité de non-prolifération nucléaire (TNP) engage les cinq détenteurs officiels de la bombe atomique à ne pas transférer de technologie militaire nucléaire à d'autres pays. Le TNP interdit par ailleurs aux pays non dotés d'armes nucléaires de s'en procurer ou d'en fabriquer. Certains pays ont depuis renoncé à leur programme nucléaire militaire, comme la Suède (1968), la Suisse (1969), l'Afrique du Sud (1991) et les ex-républiques de l'Union soviétique sans se mettre particulièrement en danger. À l'inverse, la Corée du Nord s'est retirée du traité en 2003. Cent vingt-deux États ont signé un traité symbolique d'interdiction de l'arme atomique le 7 juillet 2017.

1 Günther Anders, *L'Obsolescence de l'homme*, tome 1: *Sur l'âme à l'époque de la deuxième révolution industrielle*, traduction de Christophe David, Paris, Éditions Ivrea & Éditions de l'Encyclopédie des nuisances, 2002 et tome II: *Sur la destruction de la vie à l'époque de la troisième révolution industrielle*, traduction de Christophe David, Paris, Éditions Fario, 2011.

L'explosion de telles armes ne peut se décrire et nous enverrait vers un chaos indescriptible. Même en dehors d'un conflit déclaré, elles peuvent être l'objet d'accidents involontaires. Nous pouvons en citer quelques exemples non exhaustifs: le 10 mars 1956, un bombardier B 47 de l'US Air Force avec deux capsules nucléaires tombe dans la Méditerranée. Le 4 juin 1962: perte d'une tête nucléaire après un tir d'essai manqué d'une fusée Thor. Le 20 juin 1962: perte d'une tête nucléaire après un second tir d'essai manqué d'une fusée Thor. Le 5 décembre 1965: un A-4E Skyhawk, chargé d'une bombe nucléaire B43, tombe d'un porte-avions près du Japon. Le 24 janvier 1961: un B-52 de l'US Air Force perd deux bombes H d'une puissance de 24 mégatonnes chacune. Le 17 janvier 1966: à Palomarès collision lors du ravitaillement en vol d'un bombardier nucléaire B-52 de l'US Air Force avec 4 bombes H par un KC-135 de l'US Air Force. Le 21 janvier 1968: un bombardier B-52 de l'US Air Force contenant 4 bombes H de 1,1 mégatonne chacune, s'écrase sur la base arctique de Thulé. Il est à noter que ce type d'accident est toujours masqué par les gouvernements et que les victimes contaminées par les déchets radioactifs libérés à cette occasion font toujours l'objet de non-reconnaissance ou de reconnaissance à minima. Quant aux indemnités... La terre contaminée et la mer sont aussi à ranger parmi les victimes. Par ailleurs nous devons signaler les victimes de contamination lors des essais volontaires d'explosions nucléaires. La France aussi a un problème de reconnaissance de sa responsabilité.

Une véritable omerta existe sur la question de l'arme nucléaire dans tous les pays y compris la France. C'est comme si le peuple était immature pour traiter de cette question. C'est l'affaire des militaires, des services secrets, des grands industriels et des gouvernements en formation restreinte. Il n'y a aucune information, aucun débat public; le budget disséminé est inconnu; l'état du développement est inconnu; les études sur les conséquences sont inconnues. Le présupposé serait que tout le monde soit d'accord sur la fameuse dissuasion nucléaire: circulez, il n'y a rien à voir. Et surtout rien à débattre. Ainsi lorsque l'IPPNW (International Physicians for the prevention of nuclear War) coprésidée par un

Soviétique et un américain a reçu le Prix Nobel de la paix en 1985, ce fut un black-out quasi complet en France sur cette association, son travail et sa renommée. Il faut dire que ses animateurs étaient pour beaucoup des médecins communistes... Il en est de même pour le Prix Nobel de l'ICAN en 2017. L'association internationale des maires pour la Paix qui regroupe 7 000 communes dans 161 pays et qui est présidée par Kazumi Matsui, le maire d'Hiroshima et dont Michel Cibot est le Délégué général de la partie française (AFCDRP, partenaire de la ville d'Hiroshima), milite pour le développement d'une culture de la paix et élabore des programmes locaux ; des collectivités locales françaises y participent : tout ceci est largement occulté et négligé par les pouvoirs publics et les médias.

Enfin, il y a un autre point important à souligner : c'est l'impact des armes nucléaires sur le fonctionnement « démocratique » des États qui les détiennent. Le mécanisme est le suivant : en cas d'attaque nucléaire du pays par un agresseur, le principe de la dissuasion implique que la réponse puisse être immédiate, de l'ordre de quelques minutes. Il s'ensuit que c'est une seule personne qui peut prendre la décision de répondre par une autre frappe. Le temps d'un débat démocratique devant la représentation parlementaire est impossible. Cette personne est le chef de l'État ou du gouvernement selon la constitution du pays concerné. Cette personne possède un statut juridique particulier avec une immunité totale pour ses actes. Du fait de cette responsabilité il est clair que cet acteur doit avoir le contrôle des armées et donc en être le chef suprême au-dessus du chef du gouvernement s'il ne l'est pas lui-même et du ministre des armées. Il doit donc aussi avoir la main sur le budget militaire (et donc de fait sur l'ensemble du budget de la nation), et sur les Affaires étrangères. C'est exactement le schéma de la constitution de la V<sup>e</sup> République voulue par le Général Charles de Gaulle qui a organisé de façon logique les institutions autour de ces concepts.

À la toute fin des choses, nous sommes devant un système hypercentralisé échappant à tout contrôle démocratique non seulement dans les processus de préparation, mais encore dans la réalisation des actes de guerre. La seule apparence démocratique est celle de l'élection au suffrage universel de ce « mâle alpha » ce qui en fait, renforce encore son ascendant sur toutes les autres institutions du pays. Par nature l'arme atomique affaiblit la démocratie républicaine. C'est donc un poison qui agit sournoisement même en temps de paix. Et le destin de l'humanité se joue *in fine* entre deux personnes reliées éventuellement par un téléphone rouge

s'il fonctionne. Deux personnes dont on espère qu'elles ont les aptitudes et la stabilité mentale nécessaires. En cas d'empêchement du mâle alpha, la constitution prévoit le transfert de pouvoir à un autre membre du pouvoir, par exemple en France le président du Sénat, et ainsi de suite jusqu'à un Haut Fonctionnaire de Défense dont le nom est tenu secret pour des raisons de sécurité. À ce stade de dégradation du fonctionnement de l'État, il n'y a plus aucun contrôle démocratique du tout. Est-ce que cette situation est souhaitable et peut durer longtemps sans impacter tout le fonctionnement de la société ? N'est-ce pas une forme inattendue d'aliénation des États démocratiques ? Enfin, il est évident qu'un désarmement nucléaire sur la base de négociations « *de bonne foi* » comme le prévoit le Traité de non-prolifération doit être recherché. Ce n'est pas le chemin que prennent aujourd'hui les puissances nucléaires.

---

# *Articles*

---

## Accès des femmes au foncier en terre d'Islam

Par Rafic KHOURI <sup>(2)</sup>

Les Nations Unies ont adopté en 2015 dix-sept Objectifs de Développement Durables (ODD) destinés à servir de guide universel pour la lutte contre la pauvreté; cette lutte doit « *aller de pair avec des stratégies qui développent la croissance économique et répondent à une série de besoins sociaux, notamment l'éducation, la santé, la protection sociale et les possibilités d'emploi, tout en luttant contre le changement climatique et la protection de l'environnement* ». <sup>3</sup>

L'accès des femmes à la terre y est mentionné dans trois objectifs dans les termes suivants, chaque objectif étant décliné en un nombre de cibles. Voici les objectifs et les cibles qui nous intéressent :

### Objectif 1 : Pas de pauvreté

Cible 1.4 : D'ici à 2030, faire en sorte que tous les hommes et les femmes, en particulier les pauvres et les personnes vulnérables, aient les mêmes droits aux ressources économiques et qu'ils aient accès aux services de base, à la propriété foncière, au contrôle des terres et à d'autres formes de propriété, à l'héritage, aux ressources naturelles et à des nouvelles technologies et des services financiers adaptés à leurs besoins, y compris la microfinance.

### Objectif 2 : Faim Zéro

Cible 2.3 : D'ici à 2030, doubler la productivité agricole et les revenus des petits producteurs alimentaires, en particulier les femmes, les autochtones, les exploitants familiaux, les éleveurs et les pêcheurs, y compris en assurant l'égalité d'accès aux terres, aux autres ressources productives et intrants, au savoir, aux services financiers, aux marchés et aux possibilités d'ajout de valeur et d'emploi autres qu'agricoles.

### Objectif 5 : Égalité entre les sexes

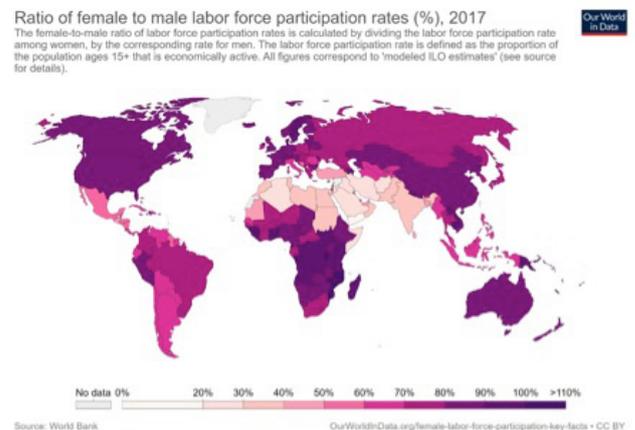
Cible 5.a : Entreprendre des réformes visant à donner aux femmes les mêmes droits aux ressources économiques, ainsi qu'à l'accès à la propriété et au contrôle des terres et d'autres formes de propriété, aux services financiers,

à l'héritage et aux ressources naturelles, dans le respect du droit interne.

Ces trois objectifs montrent clairement que l'accès des femmes à la terre est considéré comme un important enjeu du développement durable, à la fois juridique et économique. Il concerne tant l'égalité entre hommes et femmes que la lutte de la société contre la pauvreté. Le respect des droits égaux des femmes à accéder à la terre, comme ressource économique, est selon les ODD une condition sine qua non du développement durable.

### Quelle est la situation qui prévaut dans la majorité des pays de tradition islamique ?

Il faut tout d'abord rappeler que ces pays, principalement africains et asiatiques, sont très divers de différents points de vue : histoire, langue, culture, niveau de développement économique, etc. Il serait donc erroné de tirer des conclusions hâtives. On peut néanmoins constater certains faits communs les concernant relatifs au statut de la femme et à son accès à la terre. Même si les lois en vigueur y affirment l'égalité de tous les citoyens quel que soit leur sexe, nombre de ces pays connaissent les taux d'emplois féminins les plus faibles de la planète, comme le montre la carte ci-dessous du ratio des femmes en activité économique par rapport aux hommes en activité, par pays en 2017 <sup>(4)</sup>. Nombre de pays de couleur claire sont de tradition islamique.



<sup>2</sup> Un des trois principaux auteurs du livre « *Women and Land in the Muslim World* », publié par le Global Land Tool Network, réseau placé sous la responsabilité d'ONU Habitat; le livre est téléchargeable via le lien : <https://glt.n.net/2018/02/22/women-and-land-in-the-muslim-world-2/>

<sup>3</sup> <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/>

<sup>4</sup> <https://ourworldindata.org/female-labor-supply>

Ces pays s'inspirent le plus souvent de la loi islamique, ou sharia, dans le domaine du droit civil. Ce droit est basé sur les textes sacrés musulmans, en particulier le Coran, le récit de la vie du prophète de l'Islam (Sira), et les dires du prophète tels qu'ils ont été relatés par des témoins réputés fiables, ou Hadiths. Ces références religieuses reconnaissent le droit des femmes à avoir leurs propres biens, le plus souvent en lien avec les événements émaillant leur vie : mariage, cadeaux, héritage. Toutefois, ces textes ainsi que la pratique de nombre de musulmans cantonnent le plus souvent les femmes à des tâches ménagères, l'activité économique restant plutôt réservée aux hommes <sup>(5)</sup>.

Ainsi, une enquête menée en 2017 par ONU Femmes et Promundo auprès de 10 000 hommes en Égypte, Liban, Maroc et Palestine constatait-elle ce qui suit :

**« La plupart des hommes interrogés dans les quatre pays ont, pour l'essentiel, des opinions inégalitaires quand il leur est demandé de s'exprimer sur les rôles des femmes. Par exemple, deux tiers à trois quarts ou plus des hommes soutiennent l'idée selon laquelle le rôle le plus important pour une femme est de s'occuper de la maison. Bien souvent, les femmes intériorisent ces mêmes opinions inégalitaires : environ la moitié ou plus des femmes des quatre pays adhèrent à cette idée.**

*Par ailleurs, une grande majorité d'hommes pense que leur rôle est de surveiller et de contrôler les mouvements des femmes et des filles dans leur ménage, une pratique que la plupart des hommes se rappellent avoir développée dès leur enfance. Dans certains pays, la majorité des femmes non seulement affirme mais semble aussi même accepter la tutelle que leur imposent les hommes ; alors que dans d'autres pays les femmes remettent en cause cette idée, dans la théorie voire dans la pratique <sup>(6)</sup> ».*

Autre illustration de cette réalité à Maradi au sud du Niger :

*« Les habitants de Maradi sont sous l'influence du Nigéria. Il y a un flux de religion et de culture entre les deux pays. Beaucoup de jeunes hommes se rendent au Nigéria pendant la saison sèche pour travailler et ils reviennent avec des idées et des interprétations différentes de l'Islam, qui dictent que les femmes ne peuvent quitter le foyer qu'avec la permission du mari et qu'elles doivent passer la majeure*

*partie de la journée à la maison. Beaucoup d'hommes utilisent ces interprétations pour exclure les femmes de l'agriculture et pour préserver la terre pour eux-mêmes <sup>(7)</sup> ».*

L'association CARE, qui a travaillé dans cette région, parle même de « déféminisation » de l'agriculture à Maradi, du fait de l'influence de l'intégrisme islamique de Boko Haram... Ces constatations reflètent le contexte social dans lequel vivent les femmes en terre d'Islam, et soulignent le caractère patriarcal de la vaste majorité des pays de tradition musulmane, qui cantonnent les femmes dans les tâches ménagères, et les éloignent autant que possible de toute activité économique.

Il n'est donc pas surprenant que peu de femmes accèdent, dans de telles circonstances, à des ressources foncières, indissociables d'une activité et d'une autonomie économiques. En l'absence de statistiques par sexe, il est le plus souvent impossible aujourd'hui de connaître la proportion de femmes propriétaires foncières dans ces pays. Nous sommes contraints à des estimations ; il est généralement admis que ce taux serait situé entre 5 % et 10 % de l'ensemble des propriétaires dans ces pays. À titre d'illustration, le Bureau Central Palestinien des Statistiques a publié en 1999 un document recensant la propriété en Palestine, où il apparaît que le taux de femmes propriétaires d'une parcelle (totalement ou partiellement) est de 5 % de l'ensemble des propriétaires, tandis que le taux de femmes propriétaires de maison(s) ou d'appartement(s), totalement ou partiellement, est de 7,7 % de l'ensemble. <sup>(8)</sup>

Il est également constaté que, faute d'une activité économique suffisante, les femmes musulmanes qui accèdent à la propriété foncière le font principalement par l'héritage. Les droits à l'héritage des filles sont prévus par le Coran (verset IV, 11) : « Dieu vous ordonne d'attribuer au garçon une part égale à celle de deux filles ». Toutefois, dans de nombreuses sociétés musulmanes, cette disposition n'est pas respectée quand la succession concerne du foncier, et la tradition qui prévaut exclut la femme de ce type d'héritage.

Nous allons illustrer cette réalité par quelques exemples.

5 La Banque Mondiale publie une carte intéressante indiquant que 40 % des économies limitent l'accès des femmes à la propriété ; adresse du lien : <http://wbl.worldbank.org/en/data/exploretopics/managing-assets>

6 Promundo et ONU Femmes, Comprendre les Masculinités : Résultats de l'Enquête Internationale sur les Hommes et l'Égalité des Sexes (Images) [International Men And Gender Equality Survey - Images] Moyen-Orient et Afrique du Nord, l'Égypte, le Liban, le Maroc, la Palestine, NOTE DE SYNTHÈSE, 2017, p. 8

7 CARE, Lessons learned from CARE Denmark's Women and Land Initiative in Niger, p. 9 (traduction RK)

8 Palestinian Central Bureau of Statistics, Mas'h al Mulkyia wa al Wusul ila al Masdar, août 1999, p. 62

### La situation en Palestine

« Les femmes palestiniennes ont légalement le droit de posséder des terres et des biens. Cependant, seules quelques-unes le font : la société s'attend souvent à ce que les femmes donnent leur part d'héritage à leurs frères, et les hommes ont tendance à conserver la propriété à leur nom plutôt que de l'enregistrer conjointement avec leur(s) épouse(s). Le pourcentage réel de femmes possédant formellement des biens est donc faible. Selon la shari'a (loi religieuse), qui régit les questions de succession, une femme a le droit à la moitié de la part d'un homme. Beaucoup de femmes palestiniennes - surtout dans les zones rurales - ne font toutefois pas usage de ce droit »<sup>(9)</sup>.

Selon une enquête réalisée par le projet Heritage Denied (Héritage Dénié) 2014-2016, 62 % de toutes les familles palestiniennes violent les droits de succession de leurs parentes. 25 % renâclent à respecter ces droits et 9 % font pression sur les femmes pour qu'elles renoncent à leurs droits de succession. Seulement 3 % honorent les droits de succession des femmes. Les croyances que les femmes n'ont pas le droit d'hériter sont répandues et la connaissance des procédures juridiques et pratiques associées au transfert des ressources d'un défunt à ses héritiers reste limitée, tant parmi les membres de la communauté (hommes et femmes) en général que parmi les responsables, les chefs religieux et communautaires.<sup>(10)</sup>

Une enquête menée en 2006 dans la Bande de Gaza par une association féminine sur le thème de la femme et de son héritage identifie comme suivent les raisons qui empêchent la femme de réclamer ses droits à l'héritage.

### Raisons empêchant les femmes de réclamer leurs droits à l'héritage<sup>(11)</sup>

Raisons indiquées par les interviewées	%
Les femmes ne connaissent pas leurs droits	12.8
Ignorance des lois et des procédures liées à l'héritage	9.8
Absence de ressources financières pour porter l'affaire en justice	6.9
Crainte du boycott par la famille	59.8
Crainte de la critique sociale selon laquelle la femme embarrasserait son époux	4.9
Autres raisons	0.9
Pas de réponse	4.9
Total	100

Les femmes palestiniennes craignent donc souvent d'entrer en conflit avec leur famille, et s'abstiennent de réclamer tout ou partie de leurs droits à l'héritage. Cet abandon de droit s'appelle juridiquement « takharuj », et donne parfois lieu, en cas d'héritage foncier, à dédommagement pour l'ayant droit. Néanmoins, quand cette procédure se déroule exclusivement au sein de la famille, ce dédommagement est souvent inférieur à la valeur du bien qui aurait été hérité. Cette réalité a amené diverses parties palestiniennes, gouvernementales et non gouvernementales, à demander que les conditions de la succession soient précisées afin d'éviter les nombreux abus constatés. Ces efforts ont amené le juge suprême des tribunaux islamiques à publier en mai 2011 un décret précisant ces conditions, en substance :

- Le « takharuj » ne peut être enregistré qu'après un délai de quatre mois suivant la date du décès
- L'inventaire des biens mobiliers et immobiliers du défunt doit être signé par tous les ayants droit et visé par l'autorité municipale du lieu de résidence du défunt
- Un rapport signé par trois experts doit indiquer la valeur du « takharuj » partiel ou total ; il sera visé par la même autorité municipale
- Publication de l'acte de « takharuj » une semaine avant son enregistrement, à la suite de quoi il convient de faire rapport au tribunal islamique

L'objectif de ce décret est de garantir la transparence de l'héritage et le respect des plus vulnérables, les ayants droit féminins. De plus, plusieurs associations féminines ont mené des campagnes de sensibilisation, sous le titre Héritage Déné, avec un soutien européen, afin de faire valoir les droits des femmes palestiniennes à leur héritage.

9 European Parliament, Gender Equality and Women's Rights in Palestinian Territories, 2011, p. 9

10 Malene Soenderskov, Evaluation of the Inheritance Denied II: Promoting Palestinian Women's Social and Economic Rights through encouraging access to Inheritance, mars 2016, p. 5

11 Women's Affairs Center-Gaza, Al Mar 'a wal Mirath fi Qitaa Ghaza (La Femme et l'Héritage dans la Bande de Gaza), 2006, p. 21 (Traduction RK)

Ces associations s'attaquent actuellement à un autre problème sensible, celui de la **propriété conjointe des époux**. En effet, les femmes palestiniennes ont dû faire face à deux types de situations dramatiques dues au fait que l'inscription d'un bien immobilier, ou foncier, ne se fait traditionnellement qu'au seul nom de l'époux, même si l'épouse a contribué financièrement à son achat. Les deux situations sont les suivantes :

- La femme est répudiée, et le bien revient exclusivement à l'ex époux
- L'époux décède, et la veuve se voit dénier tout droit sur ce qui fut le logement du couple

Ceci a amené les organisations féminines à s'investir dans une campagne destinée à favoriser la pratique de la communauté de biens acquis au cours du mariage, pour protéger les droits de l'épouse. Cette campagne est soutenue par l'Union Européenne (copie d'affiche ci-dessous).



Légende : « Mes droits sont une force pour nous. Je signe l'accord de prêt, et la maison est inscrite en son nom ».

Cette disposition est bien entendu directement liée aux termes du contrat de mariage, et souligne l'importance de cet acte dans la vie d'une Palestinienne. Le contrat habituel prévoit la séparation des biens.

### La situation au Niger

La Constitution du Niger affirme le droit de tout individu à la propriété et le Code rural stipule que les femmes sont libres d'acheter, de posséder et de vendre des terres. Cependant, dans la pratique, les

femmes ont rarement accès à la terre, la propriété étant souvent transmise par héritage, et, en vertu des lois coutumières, les femmes héritent rarement de la terre. Comme mentionné ci-dessus, la loi islamique reconnaît aux femmes le droit d'hériter de leurs biens (à raison de la moitié de la part des hommes), mais les ruraux musulmans suivent rarement cette pratique. Alors que les femmes musulmanes des zones urbaines sont plus susceptibles d'hériter de la propriété, cela comprend rarement du foncier. Même si les femmes cultivent des terres, elles en possèdent rarement, le droit de propriété étant réservé au chef de famille, c'est-à-dire un homme. Les femmes ont plutôt accès à la terre sur la base de l'usufruit. Parce que les femmes accèdent à la terre par l'intermédiaire de leur mari et de leurs parents de sexe masculin, elles risquent de perdre cet accès en cas de décès ou de divorce. <sup>(12)</sup>

Care Denmark a entrepris de favoriser l'autonomisation des femmes dans la région agricole de Maradi, et a fait valoir les droits des femmes à l'héritage conformément à la loi islamique afin de contrer la tendance traditionnelle à priver les femmes de cet héritage. Ceci a demandé un travail intense de sensibilisation selon deux axes, avec les organisations féminines, mais aussi avec les marabouts. Voici comment cette ONG rapporte ce travail en direction de ces derniers : « *Travailler avec les marabouts s'est avéré fructueux. Dans de nombreux endroits de Maradi, les gens ont ignoré les règles de l'héritage de l'Islam depuis longtemps. Mais maintenant nous avons des experts qui peuvent aider les hommes à mieux comprendre les règles du Coran et à comprendre que les femmes devraient avoir la liberté de cultiver le sol. Et les hommes répondent positivement. Nous pouvons voir que leur comportement est en train de changer. Ils commencent à accepter qu'ils doivent partager l'héritage avec leurs sœurs. Tout en diffusant des informations dans les mosquées, les sermons du vendredi des marabouts sont enregistrés sur cassette et distribués aux stations de radio locales* » <sup>(13)</sup>. Care constate avec satisfaction que 4 % des femmes héritaient du foncier en 2010, et que ce taux avait doublé en deux ans...

Les deux expériences de Palestine et du Niger illustrent divers aspects du problème qui nous occupe : prépondérance du patriarcat, exclusion des femmes de l'accès au foncier, mais aussi utilisation du droit musulman pour atténuer l'impact du patriarcat ; ce dernier aspect nécessitant la mobilisation d'associations

12 OCDE, Social Institutions & Gender Index (SIGI), Niger (traduction RK) ; <https://www.genderindex.org/country/niger/>

13 CARE, Lessons learned from CARE Denmark's Women and Land Initiative in Niger, p. 12 (traduction RK)

féminines, avec le soutien d'organismes humanitaires internationaux. Mais il existe d'autres situations dans le monde islamique, où les droits des femmes sont plus protégés, la plus connue étant celle de la Tunisie.

Rappel historique : Sous la présidence du président tunisien Habib Bourguiba, premier dirigeant de la Tunisie après l'indépendance, d'importants progrès ont été réalisés dans les droits légaux des femmes et leur éducation, sans équivalent dans aucun autre pays arabe. Dès 1956, le gouvernement avait modifié l'ancien code de la famille en interdisant la polygamie et la répudiation, promouvant le mariage consensuel et introduisant une procédure d'égalité de divorce. D'autres amendements au code du statut personnel, au code du travail et au code pénal ont encore renforcé les droits des femmes en Tunisie. La scolarisation des filles dans les écoles primaires et secondaires a été accélérée et, dans les années 80, les taux de scolarisation étaient très élevés tant chez les filles que chez les garçons. Cela dit, l'amélioration des droits des femmes et de l'accès à l'éducation ne s'est pas traduite par leur autonomisation économique, la participation à la sphère économique restant faible.<sup>(14)</sup>

De plus, les estimations de la proportion des femmes propriétaires de foncier restent au-dessous de 10 % selon différentes études (il n'existe pas de statistiques officielles à ce sujet), très largement du fait des lois sur l'héritage, basées jusqu'à fin 2018 sur la Charia. À l'occasion de l'adoption de la nouvelle loi tunisienne sur l'héritage en novembre 2018, Michelle Bachelet, Haut-Commissaire des Nations Unies aux Droits de l'Homme déclarait (27/9/2018) :

*« Des droits de succession inégaux peuvent rendre les femmes encore plus vulnérables dans une phase déjà difficile de leur vie, suite à la perte d'un être cher. Cela peut les faire dépendre de la bonne volonté de parents de sexe masculin et limiter leur capacité à prendre des décisions par elles-mêmes et pour leur famille. Accorder aux femmes des droits égaux en matière d'héritage, c'est les autonomiser et assurer la protection de leurs droits économiques et sociaux ».*

Ces déclarations soulignent clairement l'importance des enjeux de l'égalité entre hommes et femmes dans le domaine de l'héritage, intimement lié aux droits économiques de la femme dans la société, y compris l'accès au foncier, ressource économique majeure.

Nul doute que la lutte pour cette égalité ne peut être couronnée de succès sans la mobilisation des femmes.

elles-mêmes, l'expérience des trois pays mentionnés dans cet article démontrant l'importance de cette mobilisation. Bien entendu, cette question doit concerner tous les citoyens soucieux des droits de l'homme. Néanmoins, il est indispensable que les principales intéressées fassent entendre clairement leur voix et leurs revendications pour réaliser leurs aspirations. C'est ainsi que le droit évoluera, et qu'il prévaudra sur les pressions familiales qui maintiennent trop souvent les femmes dans des rôles subalternes.

14 OCDE, SIGI Tunisie (traduction RK)

## Sécurité sociale : de l'art de transformer des excédents en déficits

Par Jacques Rigaudiat

Il y a peu <sup>(15)</sup>, je croyais bon de titrer un billet de mon blog Mediapart sur « le trou de la Sécu et sa dette ; à propos de deux fake news ». Et puis voilà, patatras, que quelques semaines après, au lendemain de la publication qui fait foi en la matière, - le rapport de printemps de la Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS) - tous les quotidiens bien-pensants titraient sur le retour du déficit de la Sécu <sup>(16)</sup> ! J'avais l'air malin... Alors bien sûr, un examen attentif dudit rapport s'imposait. En voici le résultat.

Le premier point, c'est bien sûr et sans surprise, qu'il n'y a pas de déficit, ni du Régime Général (RG), ni d'ailleurs de la Sécu prise dans son ensemble. C'est le rapport de la CCSS lui-même qui le dit : même si c'est encore de peu, le RG est désormais globalement excédentaire (cf. Tableau ci-après) <sup>(17)</sup>.

Tableau 3 • soldes par branches du régime général et du FSV de 2012 à 2019

	En milliards d'euros							
	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019(p)
Maladie	-5,9	-6,8	-6,5	-5,8	-4,8	-4,9	-0,7	-0,9
Accidents du travail	-0,2	0,6	0,7	0,7	0,8	1,1	0,7	1,2
Retraite	-4,8	-3,1	-1,2	-0,3	0,9	1,8	0,2	-0,7
Famille	-2,5	-3,2	-2,7	-3,5	-1,0	-0,2	0,5	0,8
Régime général	-13,3	-12,5	-9,7	-6,9	-4,1	-2,2	-0,3	0,4
FSV	-4,1	-2,9	-3,5	-3,7	-3,8	-2,7	-1,8	-2,1
Vieillesse y compris FSV	-8,9	-6,0	-4,6	-4,2	-2,8	-1,1	-1,6	-2,8
Régime général + FSV	-17,5	-15,4	-13,2	-10,6	-7,8	-5,1	-1,2	-1,7

Source : DSS/SDEPP/SA

Même si ce n'est pas grand-chose au regard de ses près de 400 Mds de prestations, il n'en demeure pas moins que le RG a été excédentaire de très précisément 0,5 Md en 2018, et que la CCSS prévoit qu'il le soit de 0,4 Md en 2019. Pas de déficit donc.

Quant à la Sécu prise dans son acception la plus large, soit ce que les comptables nationaux appellent les « ASSO » (Administrations de Sécurité sociale), encore moins de déficit à l'horizon. En effet, comme tout un chacun peut aisément le constater au vu du tableau ci-dessous <sup>(18)</sup> [4], les ASSO sont très largement excédentaires depuis 2017, et leur capacité de financement a été de l'ordre de 11 Mds en 2018.

Tableau 1 • Tableau de passage du résultat comptable à la capacité de financement en comptabilité nationale pour le régime général et le FSV

	en milliards d'euros			
	2015	2016	2017	2018
Résultat des organismes du régime général et du FSV	-10,8	-7,8	-5,1	-1,2
Dotations et reprises sur provisions	0,6	-0,3	0,3	0,1
Opérations en capital	-0,6	-0,6	-0,6	-0,6
Autres Corrections de synthèse (3)	-0,1	-0,4	-1,6	-0,2
Traitement de la soule des IEG de 2005 (4)	0,3	0,4	0,5	-0,1
Annulation recette caisse congé du BTP suite au décalage de la période de versement (6)	-1,1	-0,5	-0,2	0,0
Autres Corrections de droits constatés (7)	0,5	0,3	0,4	-0,3
<b>CAPACITÉ (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT du Régime Général et du FSV</b>	<b>-11,2</b>	<b>-9,0</b>	<b>-6,3</b>	<b>-2,3</b>
CAPACITÉ (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des autres régimes	8,1	7,4	12,0	12,7
CAPACITÉ (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des ODASS	-0,8	-0,5	-0,5	0,5
<b>CAPACITÉ (+)/BESOIN (-) DE FINANCEMENT des ASSO</b>	<b>-3,8</b>	<b>-2,2</b>	<b>5,3</b>	<b>10,8</b>

Source : DGFiP/CEIC

Alors où est le bug ? Il est en fait de trois ordres : il vient d'un artifice de présentation qui est un choix politique, tout d'abord ; du rapt du Gouvernement sur les ressources de la Sécu, ensuite ; et, enfin, des incertitudes qui pèsent sur l'ampleur de ce rapt.

### 1. Un artifice de présentation et un choix politique : le FSV.

La première remarque est évidente : si le régime général est (faiblement) excédentaire, le Fonds de solidarité vieillesse est, lui, lourdement déficitaire et le total RG + FSV est ainsi lui aussi déficitaire. C'est sur ce total présente fausement comme « la Sécu » que se fondent tous les commentaires. Or cette unité RG + FSV qui nous est présentée est de façade et fallacieuse sur le fond. Elle représente, techniquement, un artifice de présentation et constitue une arme politique bien utile pour convaincre que des efforts substantiels sont toujours nécessaires. Qui, en effet, peut aisément s'accommoder d'un déficit persistant ?

Or, première remarque, le Fonds de solidarité vieillesse ne devrait pas être en déficit. Le FSV a été institué en 1956, pour financer le minimum-vieillesse, nouvellement créé pour pallier les insuffisances d'un régime de retraites par répartition encore jeune et dont les pensions arrivant à liquidation ne pouvaient, par définition, pas encore porter sur des carrières complètes. La question des personnes âgées « économiquement faibles » était alors centrale ; c'est à ce problème que le minimum vieillesse

15 cf. mon billet de blog Mediapart, <https://blogs.mediapart.fr/jacques-rigaudiat/blog/080519/le-trou-de-la-secu-et-sa-dette-propos-de-deux-fake-news>

16 Ainsi, par exemple, Le Monde du 11 juin : « Le déficit de la Sécu va replonger en 2019 »

17 Rapport CCSS, p. 9.

18 Rapport CCSS, p. 167

devait suppléer. Aujourd'hui le FSV poursuit toujours cette mission et assure la prise en charge :

- des cotisations au titre de périodes validées gratuitement par les régimes de base d'assurance vieillesse (13,8 Mds en 2018) : essentiellement du fait des périodes de chômage (11,7 Md), mais aussi de service national, d'indemnités journalières et d'invalidité, ainsi que, depuis 2015, les périodes d'apprentissage et de formation professionnelle des chômeurs ;
- et celle des prestations au titre du minimum-vieillesse et du minimum contributif (4,9 Md) et de diverses autres prestations de solidarité (majorations de pensions pour conjoint à charge, par exemple) qu'il a paru justifié de faire entrer dans le périmètre des missions du FSV.

Ces diverses charges, qui ont représenté un total 18,8 Mds en 2018, sont toutes, comme l'intitule même du FSV l'indique, de solidarité nationale et leur financement, qui donc relève du seul impôt d'État, ne devrait pas être imputé aux régimes de sécurité sociale. Fonctionnellement, le Fonds de solidarité vieillesse ne devrait donc pas être regroupé avec le régime général ; ce que fait pourtant la présentation de la CCSS. De surcroît, le FSV est désormais structurellement en déficit, ce qui, s'agissant de dépenses de solidarité, est anormal : l'État devrait assurer l'équilibre du FSV sur ses propres deniers. En ne le faisant pas, il transfère ainsi, indûment et subrepticement son propre déficit et donc partie de son endettement sur la sécurité sociale.

Mais il y a plus. En effet, et c'est la seconde remarque, « Dans un souci de rationalisation du partage des recettes entre la sécurité sociale et l'État [sic], la LFSS (Loi de financement de la sécurité sociale) pour 2019 a réaffecté à l'État l'intégralité du rendement du prélèvement social sur les revenus du placement et du patrimoine, diminuant les recettes du FSV de 4,3 Mds. De plus, sa fraction de CSG assise sur les revenus du capital a été diminuée de 0,7 point (-0,9 Md). En contrepartie, le fonds se voit attribuer une fraction de CSG assise sur les revenus de remplacement (5,1 Md) jusqu'alors attribuée à la CNAM »<sup>(19)</sup>.

Complicqué ? Oui, évidemment, mais, derrière cette tuyauterie nouvellement mise en place et les travaux de plomberie y afférant, un résultat bien tangible : c'est la CSG, impôt exclusivement dédiée à la Sécu, qui a peu à peu assuré l'essentiel des dépenses du FSV et qui, désormais, à partir de 2019, en finance l'intégralité.

En d'autres termes, l'État s'est totalement et indûment défaussé sur la Sécu des dépenses du FSV ! Indûment au regard des principes, mais légalement, puisque la mesure a été votée en la LFSS 2019. Les ressources de la Sécu en sont donc siphonnées.

## 2. Travaux de plomberie.

La question est dès lors de savoir de combien. Y répondre est passablement difficile tant les travaux de plomberie sur la tuyauterie déjà pas simple de la Sécu se sont multipliés au cours des deux dernières années. Les plombiers de Bercy – car c'est bien évidemment le ministre de l'action et des comptes publics qui est à la manœuvre – ont pu ainsi montrer toute l'étendue de leur savoir-faire à l'occasion des deux dernières Lois de financement de la sécurité sociale !

Le tableau ci-dessus<sup>(20)</sup> en apporte une très éloquent illustration. On en retiendra ici l'essentiel :

Tableau 3 • Principales mesures en 2019

	Branche maladie	Branche AT MP	Branche famille	Branche vieillesse	FSV	RG/FSV
<b>Total des mesures de recettes</b>	-0,4	0,0	-0,2	-0,3	-0,3	-1,3
Mesures de la LFSS pour 2019	-0,8	0,0	-0,1	-0,6	-0,2	-1,8
Mesures de transformation du CCE en allègements de cotisations	-0,7	0,0	0,1	-0,3	0,0	-0,9
Renforcement des allègements généraux et suppression des exonérations ciblées	-1,1	0,0	0,1	-0,1	0,0	-1,1
Banques maladie	-0,2	0,0	0,0	0,0	-0,2	-0,2
Transferts entre l'État et la sécurité sociale	-0,7	0,0	0,0	0,0	-0,2	-0,9
Reprises de l'État des prélèvements sociaux sur le capital (y compris de la CSG capital)	-0,7	0,0	0,0	0,0	-0,2	-0,9
Hauteur de la fraction de TVA	-0,7	0,0	-0,7	0,0	0,0	-1,4
Transferts entre branches	-0,3	0,0	-0,7	0,0	0,0	-1,0
Modification de la répartition de la base sur les salaires	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,4
Modification fraction de CSG	-0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,9
Autres mesures de la LFSS pour 2019	-0,5	0,0	-0,1	-1,2	-0,3	-2,1
Compensation de CCE aux régimes agricoles	-0,5	0,0	-0,1	-0,1	-0,1	-0,8
Mesures relatives au forfait social et contributions sur les PERCO	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,4
Exonérations heures supplémentaires (FSV pour 2019) (avant MUES)	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,4
Usage des crédits d'imposition de la CSG-emploi	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,4
Exonérations de CSG et de CRDS sur le capital pour les personnes affiliées dans un autre État membre	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,4
Modification du barème de la cotisation subsidiaire maladie	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,4
Suppression des taxes familiales	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,4
Mesures antérieures ayant un impact en 2019	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mesures relatives au droit de soins	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
PFCA	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Hauteur de la base maladie grandes entreprises nationales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Mesures d'ajustement économiques et sociales	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ordonnance de Ser (premier exonérations de cotisations sur les heures supplémentaires)	-1,0	0,0	0,0	-1,2	0,0	-2,2
Nouvelle branche de CSG à 6,6%	-1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-1,0
Compensation MUES	1,0	0,0	0,0	1,0	0,0	2,0

Source : DSS/SDEFF/GA

la compensation de ces réductions de recettes de la Sécu décidées par l'État n'est pas complète et coûtera au total 2,0 Mds à la Sécu, dont 1,8 Md pour le seul RG en 2019.

En d'autres termes, si la loi Weil, qui exige la compensation à l'euro près, avait été respectée, l'excédent provisionnel 2019 du RG aurait été de :  $0,4 + 1,8 = +2,2$  Mds et celui du total RG + FSV de :  $-1,7 + 2,0 = +0,3$  Md. Cela, certes, ne change pas la face du monde, mais, au moins, les médias moutonniers n'auraient pas pu titrer comme ils l'ont fait sur le retour du déficit...

## 3. Mesures Gilets jaunes : l'incertitude sur leur compensation.

Reste que, au-delà de ces manipulations, nul aujourd'hui, - et la Commission des comptes de la Sécurité sociale, pas plus que quiconque -, ne sait trop où l'on en sera fin 2019.

19 Rapport CCSS, p. 156.

20 Rapport CCSS, p. 35.

La raison ? Elle est simple, la « *prévision tendancielle [pour 2019] est entachée d'une forte incertitude. En effet, (...), elle est construite sur l'hypothèse d'une compensation par l'État des allègements et exonérations décidés dans le cadre de la loi MUES en début 2019, en application des règles législatives en vigueur à la date de publication du présent rapport. Si cette compensation n'était pas accordée, ce qui correspond tant à la doctrine exprimée par le gouvernement lors de la présentation de la LFSS pour 2019 qu'à l'hypothèse retenue dans le cadre du programme...* ». Il y a donc aujourd'hui incertitude sur la compensation des mesures de la loi MUES, c'est-à-dire « gilets jaunes », soit, concernant la Sécu :

- l'avancement au 1er janvier 2019 de l'exonération de cotisations sociales sur les heures supplémentaires initialement prévues au 1er septembre 2019 ;

- la réduction de 1,7 point du taux de CSG sur les pensions des retraites dont le revenu est inférieur à certains seuils (2 000 € pour une personne seule) ;

- et l'exonération de cotisations sociales, de CSG et de CRDS sur les primes exceptionnelles versées aux salariés avant le 1er avril 2019, dans la limite de 1 000 €.

Si ces mesures devaient, comme il est fortement probable, n'être pas compensées, alors il en résulterait un manque à gagner de l'ordre de 3 Mds, ce qui évidemment transformerait illico le faible excédent, en déficit notable...

De là, la glorieuse incertitude de la Commission des comptes de la Sécurité sociale !

## Hôpital: une qualité de papier pour des soins assimilés à de la mécanique automobile

Par le Dr Michèle Leflon

Des indicateurs de qualité sont introduits dans le financement des hôpitaux : quelle bonne idée apparemment ! Regardons de plus près. La ministre de la santé a entendu la critique du mode de tarification à l'activité des hôpitaux, l'aspiration à des soins de qualité et propose donc de remplacer une partie du financement à l'activité par des dotations fonctions de la qualité des soins. Aujourd'hui, cette qualité n'est définie qu'au travers des indicateurs de la « démarche qualité ». Mais déjà, l'enveloppe fermée des dotations hospitalières reste : le fameux ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie). Il ne s'agira donc que de répartir différemment des crédits globalement insuffisants.

La qualité va être récompensée financièrement. Mais de quelle qualité est-il question ? Allons plus loin : le manque de qualité va donc être pénalisé. Concrètement, cela veut dire que des hôpitaux n'ayant pas suffisamment de personnels pour assurer une qualité au top niveau vont perdre de l'argent, devoir supprimer des postes, perdre encore en qualité. Nous sommes à l'opposé d'une conception de services publics où il est du devoir des pouvoirs publics d'en garantir partout la qualité pour assurer l'égalité républicaine.

La démarche qualité est à la qualité ce qu'est le sécuritaire à la sécurité. Le sécuritaire vise non pas à assurer la sécurité des citoyens mais à entretenir un sentiment d'insécurité légitimant toutes les mesures liberticides censées garantir la sécurité promue à un niveau supérieur à la démocratie. De même la démarche qualité entend imposer des procédures opposables quelle que soit la situation singulière en jeu. Elle substitue un soin standardisé médiocre devant prétendument garantir la qualité des soins au soin individualisé visant la qualité des soins optimaux en fonction des moyens et de la singularité de chaque patient qui était de règle jusqu'alors.

Ce document a donc pour but de discuter, à partir de la situation actuelle, des fondements de la conception de la qualité dans la société libérale d'aujourd'hui,

d'en préciser les conséquences, avant de faire quelques propositions.

### Qualité: le détournement du concept

Le service public, imposé au cours des décennies par les luttes, est une anticipation d'une société d'émancipation humaine. C'est, avec la Sécurité Sociale, un principe à détruire pour la classe capitaliste : il limite le champs des profits possibles. Le terrain du soin, historiquement partagé entre service public et médecine libérale, est idéal pour cette lutte. D'ailleurs, le capitalisme financier avec les fonds de pension et autres institutions à seul but financier remplace la propriété individuelle ou de quelques médecins dans l'hospitalisation privée. Faire des profits sur le soin suppose la transformation de celui-ci en marchandise, avec comme corollaire l'exploitation des personnels, passés du statut de l'aidant, dans le cadre d'une solidarité familiale ou plus paternaliste (avec le rôle historique de l'église) ou du simple « artisan », le professionnel de santé isolé installé « en libéral » à celui de salarié du privé, dont le travail dégage une plus value pour le capital.

L'évolution pour sortir la production de soins de l'ère précapitaliste s'est ainsi faite vers deux modalités fondamentalement différentes, celle du service public, précurseur d'une société communiste et celle du grand capital, si les premières décennies d'après guerre ont été, avant tout, celles du développement du service public, avec en particulier la création des CHU en 1958 articulés à un maillage d'hôpitaux de proximité assurant une qualité des soins individualisés optimum en fonction de leurs moyens. L'évolution ultérieure est celle de la mainmise du capital et de la mise en concurrence du privé et du public, avec l'aval de l'État. L'instauration de la T2A (tarification à l'activité) en 2004 à l'hôpital public en est le symbole. Remplaçant les mécanismes successifs de financement à la journée d'hospitalisation, puis de budget global, la T2A traduisait cette acceptation par les pouvoirs publics de la mise en concurrence privé/public en accord avec les traités européens.

La T2A a aussi été un instrument au service des politiques, les tarifs s'éloignant progressivement des dépenses nécessaires à la production de l'acte, pourtant évaluées pour rendre plausible cette tarification. Le but était double :

- limiter les dépenses de santé en France (tout du moins les dépenses remboursables) en calculant les tarifs pour que l'ensemble rentre dans l'enveloppe globale de l'ONDAM.
- opérer des choix, à la fois en faveur du secteur privé en rémunérant mieux certains actes pour lesquels le privé était déjà très présent (avec un effet d'entraînement) et pour restructurer globalement l'offre de soins pour une réduction des dépenses, avec par exemple l'insuffisance de financement pour un accouchement normal, entraînant la mise en difficulté financière des maternités de niveau I ou des tarifs préférentiels pour le même acte pratiqué dans un cadre ambulatoire par rapport à une hospitalisation conventionnelle.

Cela a entraîné un rejet global de la T2A par l'opinion publique. Les implications idéologiques de la T2A expliquée ci-dessus montrent bien que ses défauts sont globaux, et qu'elle ne peut être gardée, comme certains le préconisent, pour des prises en charge plus normalisées que d'autres, chirurgicales par exemple.

Le gouvernement, avec la ministre de la santé, A. Buzyn, a entendu ce rejet. Dans sa duplicité, devenue habitude de gouvernement, celui-ci compte bien utiliser ce refus généralisé pour changer les mécanismes, sans changer les buts, la réduction des dépenses et l'avantage au privé et même se donner des moyens nouveaux pour y parvenir.

En substituant par divers mécanismes des dotations à une partie de la T2A, tout en restant dans l'enveloppe fermée de l'ONDAM et sans sursaut démocratique, le gouvernement va surtout ajouter de l'arbitraire aux mécanismes d'étranglement financier de l'hôpital public. À ce titre des mécanismes nouveaux d'évaluation de la qualité, ou plutôt d'une certaine « qualité », celle de la mise en œuvre des soins standardisés de la démarche qualité va se mettre en place.

En première approche, tenir compte de la qualité paraît plaisant. Mais outre le fait que ceci risque de contribuer à enfoncer dans la crise les hôpitaux où cela va déjà le plus mal, il est nécessaire de s'interroger sur ce qu'est la qualité, sur les modes d'évaluation dans notre société. Sur cette question, on peut se référer

avec intérêt à des auteurs actuels comme Roland Gori (L'appel des appels) ou Alain Supiot (La gouvernance par les nombres) même si on ne peut en partager tout.

Le gouvernement ne part pas de rien, puisque, à défaut d'intervenir dans le financement, les « démarches qualité » et autres techniques d'évaluation sont développées depuis plusieurs années.

Cela a déjà permis une réflexion théorique sur la déconnexion entre les pratiques normatives d'évaluation et le soin à un malade, dans son individualité, non normée, en particulier en psychiatrie.

La perception, chez l'ensemble des personnels hospitaliers, qu'il y a qualité et qualité est maintenant une réalité. Un des exemples le plus caricatural est celui des solutions hydroalcooliques : l'importance des achats par un hôpital est un bon point dans la lutte contre les infections nosocomiales (maladies contractées au cours des soins), qu'elles soient utilisées effectivement pour la désinfection des mains ou versées dans l'évier. La ministre a annoncé vouloir passer d'indicateurs de moyens à des indicateurs de résultats. Il va donc falloir aussi passer de cette critique superficielle à une critique sur les fondements des méthodes d'évaluation, la faire partager et proposer d'autres solutions à l'aspiration légitime à la qualité.

### **Les fondements de ce détournement et les conséquences**

- a) La mise en concurrence public/privé transforme l'acte de soins en une marchandise

L'acte de soins relève d'un contrat passé entre l'acheteur et le vendeur, déterminant a priori le contenu du soin, reproductible, ce qui implique la standardisation : chaque soin élémentaire doit répondre à une description précise et être fait par un personnel dont la qualification est certifiée. Des protocoles sont établis décrivant les soins et leur enchaînement. Il devient ainsi possible de vendre du soin en pouvant garantir au malade devenu un client ce qu'il achète. La transformation du malade en consommateur est d'ailleurs symbolisée par la reconnaissance des associations de consommateurs, comme associations d'usagers de la santé.

Qui dit contrat dit judiciarisation possible. Mais comme pour toute marchandise, on va proposer différents tarifs correspondant à différentes qualités de prestation. La Sécurité Sociale prendra en charge le soin standardisé défini par la démarche qualité à condition qu'il soit

inscrit dans le parcours de soins. Si cela vous convient tant mieux. Si cela ne vous convient pas tant pis pour vous, sauf... Sauf si vous avez les moyens de payer une assurance privée complémentaire de santé qui va vous permettre d'avoir accès à des soins plus personnalisés. Et là comme pour un congélateur vous allez avoir une gamme de prix étendue correspondant à autant de qualité des soins et à autant de parcours de soins. C'est l'introduction dans notre système de protection sociale des mécanismes en cours aux États-Unis.

#### b) Les conséquences

Elles sont multiples :

- la déshumanisation et la perte de qualité : l'application du protocole ne tient pas compte de la spécificité de chaque individu dans sa globalité et le soin ne peut s'abstraire de ce qu'est l'essence humaine, faite de rapports sociaux : le corps humain n'est pas une automobile. C'est évident en psychiatrie mais c'est bien l'ensemble de la médecine qui n'a de qualité, la vraie, pas celle du contrat, que dans cette prise en charge globale. Cela entraîne une réification du patient qui est réduit à un organe ou à son symptôme, mais aussi des soignants (de l'aide soignant au médecin) qui ne sont plus que les opérateurs du protocole, ne laissant plus de place à la clinique. La clinique qui est, il faut le rappeler l'art d'adapter le soin en fonction de ses connaissances, de ses moyens et de ce que l'on observe chez le patient singulier que l'on a à soigner.

- le risque judiciaire contribue à la perte de qualité : la traçabilité de tous les actes fait perdre un temps considérable aux soignants. Il est plus important de noter que l'on a demandé au malade s'il a mal que de lui parler. Par ailleurs, les protocoles devenant de plus en plus opposables, les professionnels hésitent à en sortir, même quand l'état du patient le justifierait.

- la fragmentation des soins : qui dit contrat dit début et fin ! La prise en charge est donc limitée à la période de l'acte. L'évaluation ne prend donc pas en compte les conditions de l'accès avec tout ce que cela comporte de méconnaissance des renoncements aux soins, pour raison financière ou de proximité. Ceci a même des conséquences dans l'approche médicale de la prise en charge : la psychiatrie est sommée de se limiter au traitement de la crise.

Là aussi, le pouvoir a entendu la critique... Pour faire pire ! En voulant substituer la notion de parcours à la notion d'acte, il ouvre surtout le champ à la privatisation

et cherche à favoriser l'acceptation des réductions des durées d'hospitalisation, même lorsqu'elles ne sont pas, médicalement, justifiées ! Sur le principe, il y aura toujours début et fin du parcours et donc non prise en compte des conditions d'accès. L'évolution des techniques médicales permet, de fait, dans un certain nombre de cas, la réduction des durées d'hospitalisation mais le but est de forcer la main pour :

- réduire les dépenses de santé en transférant une part des soins, l'accompagnement, le nursing, des personnels soignants, vers l'entourage familial avec des conséquences qui peuvent être dramatiques quand celui-ci est absent ou défaillant et qui traduisent, dans tous les cas, le recul de la solidarité de la société, s'étriquant dans la solidarité familiale et posant toute la question des aidants familiaux.

- favoriser le secteur privé à la fois par le recours à des professionnels libéraux de santé en l'absence d'un service public de soins ambulatoires présent partout, porté par des centres de santé, et par l'entrée dans le jeu des complémentaires pour « monter » ces parcours : l'aide à domicile après hospitalisation fait maintenant partie des arguments publicitaires des « bonnes » assurances pour ne donner qu'un exemple, sans parler de l'évolution à craindre vers les réseaux de soins à la mode anglo-saxonne, une manière de tuer la Sécurité Sociale. Même la prévention est fragmentée dans des appels à projet des ARS vers les associations.

- des défaillances dans la sécurité des soins : en limitant la notion de qualité à la durée de la prise en charge, en fermant des services de proximité, des maternités en particulier, au prétexte de la qualité, le pouvoir a une vision étriquée de la sécurité, avec de vraies pertes de chance dans de nombreux territoires de notre pays.

- la souffrance du personnel. Elle est maintenant reconnue. C'est une question de moyens : l'insuffisance en nombre du personnel ne lui permet pas de prendre en charge correctement les patients. Il y a le travail prescrit, qui ne peut être réalisé faute de moyens. Mais plus fondamentalement le travail souhaité par les soignants pour la prise en charge qu'ils pensent bien, entre en contradiction avec la standardisation des soins voulue par leur marchandisation.

#### Les propositions

1° Quelques mots de celles du gouvernement :

Le décret du 21 février 2019 cite les catégories des indicateurs liés à la qualité et la sécurité des soins : qualité

des prises en charge perçue par les patients, qualité des prises en charge cliniques, qualité des pratiques dans la prévention des infections associées aux soins, qualité de la coordination des prises en charge, performance de l'organisation des soins, qualité de vie au travail, démarche de certification. Ces indicateurs sont prévus pour financer une dotation complémentaire aux établissements de santé. La conception de ces indicateurs dépend de la Haute Autorité de Santé (HAS). Un arrêté déterminera les modalités de calcul de la dotation en fonction des indicateurs et le directeur de l'ARS pourra faire des exceptions.

Sur le principe proprement dit, comme indiqué en introduction, l'utilisation des mêmes mécanismes pour le secteur privé et le secteur public est inacceptable. Un manque de qualité dans le secteur public impose de lui donner les moyens d'y pallier. Il doit être pénalisé dans le privé (en attendant la disparition de ce secteur...) en lien avec les profits réalisés, sans doute augmentés par le manque de qualité.

Chacun des indicateurs proposés mériterait analyse. Même ceux d'apparence la plus technique sont sujets à caution, comme la lutte contre les infections nosocomiales évoquée plus haut avec la consommation de solutions hydroalcooliques. L'appel à l'avis des patients traduit bien l'aspect consumériste, le soin comme une marchandise. La qualité de vie au travail est sans doute l'indicateur le plus machiavélique ! Prenant en compte la reconnaissance du profond malaise des personnels de santé, il veut la faire disparaître du paysage, non en supprimant la souffrance des personnels, mais en en bâillonnant l'expression ! On imagine sans difficulté les pressions sur le personnel, sur leurs représentants syndicaux : se plaindre va faire perdre de l'argent à l'hôpital.

## 2° Les instruments au service du gouvernement

Ce décret identifie bien les deux structures au service de la politique gouvernementale :

- Les ARS. En voulant se garder une marge de manœuvre politique au-delà d'indicateurs chiffrés, par définition discutables, le décret laisse la possibilité aux directeurs d'ARS de faire quelques exceptions. Ceux-ci sont, comme les préfets, nommés en conseil des ministres.

- La Haute autorité de Santé a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, selon la philosophie des autorités administratives indépendantes, notion apparue pour minimiser la différence entre service

public et gestion privée. Elle est surtout indépendante de tout contrôle démocratique, dirigée par un collège de sept membres : le président du collège, président de la Haute Autorité de santé, désigné par le Président de la République, trois membres désignés par les ministres chargés de la santé et de la Sécurité sociale, un membre désigné par le président de l'Assemblée nationale, un membre désigné par le président du Sénat et un membre désigné par le président du Conseil économique, social et environnemental (Article L161-42 du code de la Sécurité Sociale). Ce collège nomme les experts, les membres des commissions..., bref, a tout pouvoir ! Et ce ne sont pas la multiplication des déclarations des conflits d'intérêts qui règle la soumission au gouvernement.

3° Les perspectives sont à la fois dans la lutte et dans l'élaboration de nouvelles propositions au cœur desquelles il faut mettre la démocratie et le service public.

La psychiatrie est à l'avant-garde des luttes, la contradiction entre le soin standardisé et le vrai soin y étant plus visible. Citons le manifeste pour un printemps de la psychiatrie : « Ce qui est en crise, c'est notre hospitalité, l'attention primordiale accordée à chacun et à un soin psychique cousu main, à rebours du traitement prêt-à-porter standardisé qui se veut toujours plus actuel. ». Il s'agit bien de réinventer une psychiatrie de qualité, à rebours des injonctions de l'idéologie libérale. Ce qui est posé pour la psychiatrie, l'est également pour tous les domaines de la santé.

Dans la santé, comme dans d'autres domaines, des luttes ont lieu contre les conflits d'intérêts, la notion d'« experts », décriée, avec le meilleur et le pire aussi avec le « contre-expert » auto désigné dont des affirmations anti-scientifiques ne gênent pas si elles vont dans le sens de la cause ! Intéressante dans ce domaine est la proposition de Formindep (Association de professionnels de santé et de citoyens, engagée pour une médecine fondée sur les meilleures preuves scientifiques et le seul intérêt du patient et combattant les intérêts commerciaux et les injonctions administratives pouvant être contraires) d'appeler à l'organisation d'assises de l'expertise sanitaire.

Remettre de l'humain dans le soin passe par des moyens humains supplémentaires, mais aussi par lui redonner du sens en le libérant de cette conception marchande. Cela suppose de montrer que le service public est meilleur que le privé, en théorie et en pratique en en assurant la qualité, la vraie.

Nous proposons donc :

a) Redonner toute sa place au service public.

Les politiques libérales entraînent le service public hospitalier dans la spirale infernale du déclin qu'ont connu ou connaissent d'autres services publics : réduction de moyens, d'où des prises en charge moins bonnes, une perte de réputation accentuée par la pression du privé, la souffrance et les salaires insuffisants faisant fuir les personnels... et permettant aux ARS d'argumenter sur le manque de médecins en particulier pour fermer des services.

Outre l'indispensable augmentation de l'ONDAM pour aller vers sa suppression, il convient de :

- mettre fin à l'insupportable préférence pour le privé : non seulement la France manque de médecins, mais elle encourage leur départ de l'hôpital. Pour les médecins comme pour les autres professionnels, il faut agir à trois niveaux : le salaire, le statut et la qualité de vie au travail et dans cet article centré sur la qualité, on se contentera de quelques allusions.

- Salaires : les infirmières sont parmi les plus mal payées d'Europe. Quant aux médecins, il faut renégocier les conventions des médecins libéraux. Il n'est pas acceptable que dans certaines spécialités, leurs revenus dépassent le double, voir le triple des médecins hospitaliers. Les nouveaux métiers, comme les infirmières de pratique avancée, doivent avoir des salaires à la hauteur des niveaux d'étude, sauf à les déconsidérer d'emblée et à en entraîner le rejet dans l'opinion publique.

- Statut : la casse annoncée du statut de la fonction publique trouve son parallèle dans la suppression du statut de praticien hospitalier dans le projet de loi Buzyn. La juxtaposition de statuts différents, public, ou de droit privé, en CDI ou contractuel, n'a jamais aidé à la cohésion des équipes ! Il faudrait plutôt élargir la fonction publique hospitalière et le statut de praticien hospitalier aux centres de santé.

- Qualité de vie au travail : les personnels n'en peuvent plus de la déshumanisation en lien avec la marchandisation des soins décrite plus haut et des orientations à la rentabilité données par les directions avec les ordres descendants, sans lien avec les réalités des besoins des malades. Il faut redonner le pouvoir au personnel hospitalier, en lien avec leurs organisations syndicales, d'organiser le travail !

- investir dans le service public, investir à l'hôpital (pas forcément en de nouveaux hôpitaux, pour en

fermer d'autres en réduisant le nombre de lits global et la proximité comme c'est le cas actuellement, mais dans les équipements, la recherche, la formation), investir dans la création d'un centre de santé dans chaque bassin de vie, tout cela devrait être possible à partir d'un fond européen de développement des services publics permettant des crédits à taux zéro à partir du formidable pouvoir de création de la BCE.

b) La démocratie pour évaluer les besoins et la qualité des réponses

La démocratie doit être au cœur d'une nouvelle organisation des soins. Elle seule est la garante d'une vraie qualité des soins, prenant en compte l'homme dans sa globalité, pas d'une qualité de papier à seul but de valider un contrat. Les hommes et les femmes de notre pays ont droit à des soins de qualité : le contrat n'a pas de place dans l'universalité nécessaire de ce droit à la santé.

C'est à la fois la démocratie dans les collectifs de travail, à l'hôpital ou dans les structures ambulatoires et la démocratie en santé, impliquant les usagers et leurs élus, avec nécessairement des interactions : les besoins exprimés dans les territoires doivent être confrontés aux professionnels pour élaborer les réponses à apporter et la qualité jugée dans un débat contradictoire entre usagers et professionnels.

Il faut repenser l'organisation de l'hôpital sur un mode démocratique : pôles, services... Il y a eu les départements, les fédérations... ne sont que des mots recouvrant des réalités diverses. Le terme de pôle est associé à l'organisation actuelle, la plus mauvaise, car hiérarchisée pour répondre à un impératif : le directeur, seul maître à bord pour garantir la « rentabilité » de la structure ! La meilleure organisation est celle décidée localement : les GHT doivent être supprimés et les coopérations volontaires entre les établissements favorisés. Il faut sans doute redonner toute leur place aux conseils de service, leur laisser désigner les responsables, avec des mandats à durée limitée et ne pas craindre de leur donner de réels pouvoirs d'organisation du travail, à confronter avec le projet de l'établissement et les besoins exprimés par la population.

À l'échelle de l'hôpital, des droits nouveaux doivent être donnés aux représentants syndicaux des personnels médicaux et paramédicaux. La fusion CTE, CHSCT voulue serait une hérésie. Au contraire, il faut élargir les prérogatives des CHSCT également aux personnels médicaux, les récents suicides de médecins montrent

la gravité de la situation des conditions de travail ! Des liens plus étroits entre CTE et CME pourraient être intéressants pour mettre fin à la rupture entre médecins et autres soignants.

Le conseil de surveillance doit redevenir un conseil d'administration, avec des prérogatives renforcées : il doit être le lieu de rencontre entre les représentants des personnels et des usagers et de leurs élus, à l'opposé de la gouvernance actuelle des GHT qui isole médecins, personnels non médicaux, usagers et élus dans des structures différentes.

La démocratie en santé : la proposition du PCF, reprise par d'autres, d'un remboursement à 100 % des soins par la Sécurité sociale, ne s'entend qu'avec un renouveau démocratique de celle-ci. Il faut rétablir les élections des administrateurs de la Sécurité Sociale.

Ce b.a. ba de la démocratie est nécessaire pour éviter les abus que certains craignent avec un 100 % sécu : de fait, la Sécurité sociale ne doit pas être là pour financer les profits des laboratoires pharmaceutiques, ni les dépassements d'honoraires.

C'est aussi nécessaire pour garantir une vraie démocratie en santé, de l'échelon du bassin de vie à l'échelon national en passant par la région, dans laquelle les usagers ne soient pas que les faire-valoir de l'administration, car choisis par elle. Les mutuelles, avec la richesse de leurs 38 millions d'adhérents, ont un rôle essentiel pour animer cette démocratie, comme les associations d'usagers, à condition d'en respecter la diversité.

Respecter la diversité dans les approches professionnelles est tout aussi nécessaire. S'il n'est pas admissible que des approches anti-scientifiques, dangereuses, soient tolérées, la standardisation des prises en charge par la Haute Autorité de Santé, sous contrôle gouvernemental, nuit au progrès et favorise la mise en cause des vérités scientifiques par la population qui ne sait plus si elles sont vraies ou simplement le fruit d'intérêts privés. La HAS doit être supprimée ! C'est à une sécurité sociale rénovée, démocratique, en lien avec les sociétés savantes, les syndicats de professionnels, de travailler à des recommandations.

Toutes ces questions sont des enjeux fondamentaux de société. Elles concernent ainsi de fait toute la population, puisqu'elles posent concrètement, suivant la politique qui est menée, la place de l'humain dans notre société. Pour nous c'est et ce doit être : L'Humain d'abord !

## La Fabrique des centres de santé

**Interview du Docteur Richard Lopez,**  
Président de la Fabrique des Centres de Santé.  
(Propos recueillis par le Dr Alain Brémaud)

### **Qu'est-ce que la Fabrique des Centres de Santé? Qui sont les organismes à l'initiative de sa création? Et quelles sont ses raisons d'être et ses objectifs?**

La Fabrique est une association destinée à aider les porteurs de projets envisageant la création de centres de santé. Ensuite elle les aidera à maturer le projet politique de ces centres. C'est une structure d'aide, à la fois, à la décision et à la maîtrise d'ouvrage. Elle est née de la volonté de trois associations fondatrices : La Fédération Nationale des Centres de Santé, l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé et le Syndicat National des Chirugiens-Dentistes de Centres de Santé. Celles-ci étaient de plus en plus sollicitées par des porteurs de projets éventuels pour conseiller, aider, accompagner ces promoteurs puis leurs centres. Cela représentait des surcharges de travail, du temps, des coûts et des personnels dédiés dans ce domaine spécialisé. Cette situation a donc amené ces trois organismes initiateurs à créer la Fabrique des Centres de Santé.

Les demandes d'accompagnement qui se développaient régulièrement depuis 6 ans, ont été fortement dynamisées par la réussite de notre intervention auprès du Conseil Départemental de Saône et Loire. La démarche du Président de ce département et sa volonté de créer un réseau de 5 centres de santé point d'appui de 40 antennes maillant son territoire, traduisait un projet politique clairement établi avec une vision populationnelle à l'échelle de tout le département. Nous savions que la réussite de ce modèle allait faire école et donc dynamiser les demandes des collectivités territoriales. Cela a d'ailleurs été le cas puisque depuis celles-ci ont explosé : une vingtaine de sollicitations depuis un an pour notre seule association et qui ont abouti à des projets en cours portés par des départements, des communautés de communes, des communes, parfois des associations.

Par ailleurs, d'autres collectivités sont dans cette démarche de création de centres de santé et ne passent pas forcément par nous, c'est dommage car elles se privent d'une aide qui est reconnue par tous nos partenaires

comme précieuse par la qualité et l'expertise de ses intervenants. Notre association fonctionne bien et devrait évoluer, au fil du temps vers une structure coopérative de création de Centres de Santé en étendant le champ des membres à d'autres fédérations de gestionnaires de centres de santé. Des contacts sont pris avec l'Union Nationale de l'Aide à domicile (UNA) qui a surtout une maîtrise des centres de santé infirmier et s'appuie sur nous pour les centres médicaux et polyvalents.

### **Depuis quand es-tu le président de la Fabrique des Centres de Santé? Quelles sont tes missions? Quel est ton rôle?**

J'en suis le président depuis l'AG du 26 octobre 2017. Mon rôle est surtout l'aide à la décision politique des porteurs de projets, plus particulièrement des collectivités locales, qui souhaitent savoir avant où elles vont mettre les pieds. Il s'agit pour eux d'appréhender la faisabilité de leur projet, les guider pour l'analyse de la situation et leur présenter un modèle économique viable. S'ils sont partants, vient ensuite l'établissement d'un devis pour déterminer le coût de l'accompagnement. Quand ce dernier est validé il s'agit ensuite de mettre en place cet accompagnement qui sera réalisé par des intervenants de la Fabrique. Cette première phase consiste en réunions avec les présidents d'exécutifs de ces collectivités : communes, communautés de commune, départements, associations.

### **Après cette première phase, qui sont les intervenants?**

L'accompagnement est le plus souvent mis en place par des intervenants, issus eux aussi du monde des centres de santé, recrutés à cet effet et prenant en charge une mission. Pour ma part j'interviens sur certains dossiers plus réduits en temps, mais pour les gros dossiers qui nécessitent beaucoup d'investissements sur le terrain ce sont ces intervenants qui officient.

Il s'agit d'accompagner ces promoteurs

- dans un premier temps sur le diagnostic,
- dans un second temps, nous traitons des volets juridiques, réglementaires et conventionnels ;

- dans un troisième temps nous avons une approche sur le modèle économique et le montage financier du projet;
- enfin nous terminons sur l'organisation du centre et la mise en œuvre opérationnelle de la structure.

### **Qui sont ces porteurs de projets demandeurs? D'où sont-ils issus en France? Et quels types de centres de santé ces projets envisagent-ils de créer?**

Nous suivons des projets dans toutes les régions de France, y compris outre-mer. Les porteurs de projets sont de différentes natures; collectivités locales, communes, communautés de communes, conseils départementaux ainsi que quelques associations de professionnels ou de citoyens qui envisagent de porter à terme un projet sur le modèle participatif et coopératif des SCIC.

La Fabrique a d'ailleurs signé une convention de partenariat avec la Confédération Générale des SCOP pour que nous ayons un portage conjoint de ces projets, toutefois la situation de ces nouveaux modèles organisationnels n'est pas encore totalement stabilisée, plus particulièrement pour leur équilibre économique. Je ne parle pas des grosses machines dans laquelle des partenaires institutionnels apportent financement ou visibilité pour les établissements de crédit mais pour les petites structures qui n'étant pas adossées à des partenaires solides financièrement auront de grandes difficultés à monter un projet qui puisse faire face aux besoins de trésorerie des 3 premières années avant que ne soit atteint le seuil d'équilibre. Les projets sont actuellement surtout en Régions et en particulier pour des centres de santé en territoires semi-ruraux ou dans des villes moyennes.

Pour ce qui concerne le type de centres de santé, nous avons établi, à la Fabrique, une charte éthique qui fait que nous n'accompagnons pas de structures à but commercial. Nous n'accompagnons pas non plus à ce jour de centres exclusivement dentaires car le premier besoin est en offre de soins primaires, plutôt des projets médicaux car ils répondent aux besoins des territoires. Ces projets étaient jusqu'à présent plutôt peu pris en compte car l'équilibre économique semblait hors d'atteinte. Les négociations que la FNCS<sup>(21)</sup> a menées ces dernières années ont permis d'apporter les ressources presque à la hauteur des besoins. Il demeure quelques discriminations dont sont victimes les centres, que ce soit sur le forfait structure dont nous ne bénéficions

toujours pas ou sur les montants des aides à l'installation inférieurs à celles des libéraux, mais nous sommes sur le bon chemin et l'équilibre économique des centres est désormais possible.

Quant au mode de rémunération des professionnels du futur centre, il dépend des choix du gestionnaire, mais, sans contrainte de notre part, nous leur préconisons le paiement à la fonction des soignants sur la base des grilles de rémunération de la fonction hospitalière (FPH) pour les médecins ou les sages-femmes.

### **Il s'agit d'aider à créer des centres de quelle taille? La santé publique est-elle envisagée dans vos projets et dans les réalisations concrètes? Quelles sont les contraintes budgétaires?**

Pour l'instant la taille de ces centres est variable pouvant aller de deux professionnels soignants à une dizaine au démarrage avec ensuite des développements progressifs dus à l'évolution de l'offre libérale structurellement à la baisse dans les territoires.

À sa création, un centre de santé rencontre des difficultés budgétaires les trois premières années car d'emblée il y a toutes les dépenses fixes qui sont complètes alors que la montée en charge des recettes se fait au fil du temps. Dès le début il faut se constituer une activité, une patientèle, obtenir des financements, rentrer dans les indicateurs de l'accord national pour bénéficier de ses dispositifs financiers. Tout cela se fait progressivement et l'ensemble de ces recettes se concrétisent à N + 1 et sont stables au bout de trois ans. Cela justifie une montée en charge également progressive des recrutements selon la demande de la population et selon l'activité ce qui peut créer des difficultés avec certaines Caisses qui appliquent rigoureusement les termes de l'Accord National et ne délivrent les aides à l'installation que pour la première année de création, voire la seconde mais pas au-delà. Ainsi il faut estimer à trois ans la montée en charge, pour 3 praticiens, si le 3e praticien est recruté la 3e année, le centre ne percevra pas les aides (minorées) à l'installation auxquelles il aurait droit en territoire déficitaire.

Avec une file active de 3 600 patients ces 3 MG permettront pourtant, grâce aux dispositions de l'accord national et aux recettes d'actes, d'équilibrer leur centre. Cela signifie que le promoteur d'un centre de santé doit avoir au moins une trésorerie de 150 à 200 000 € la première année pour un petit centre ou de 400 000 € pour une plus grosse structure afin de faire face au coût de démarrage en sachant que, passé ces années de difficultés financières, dès la 4e année le gestionnaire

21 FNCS: Fédération nationale des centres de santé

du centre peut constater, outre la satisfaction de la population et la réponse à ses besoins, qu'il est arrivé à l'équilibre budgétaire.

J'insiste sur cette discrimination entre les aides à l'installation pour les médecins libéraux et les centres de santé. Pour un médecin libéral l'aide est de 50 000 € et chaque médecin supplémentaire dans la même structure (Maison de santé par exemple) ce sera 50 000 € également, soit par exemple pour 4 médecins 200 000 €. Pour un centre de santé l'aide sera de 30 000 € pour le premier médecin puis de 25 000 € pour les 2 suivants et plus rien après, soit 80 000 € pour 4 médecins... cherchez l'erreur! La nécessité des financements d'aide à la création est capitale.

Pour ce qui est de la Santé publique, ces actions sont intégrées dans le projet et sont mises en place selon le modèle économique et les financements possibles. Pour ce qui concerne les centres de santé créés par des conseils départementaux ceux-ci peuvent porter des actions de santé publique dès la première année. En effet les départements sont autorisés à créer des centres de santé si ceux-ci embarquent leurs missions obligatoires que sont la PMI-CPEF, le handicap, les personnes âgées, il leur est donc facile, car dans leur périmètre habituel, de faire porter par leurs centres la prévention de l'obésité infantile, le dépistage bucco dentaire, les vaccinations, l'accès à la contraception, la prévention des IST chez les jeunes... Celles-ci peuvent être portées par les centres de santé concrètement et sans conséquences budgétaires pour la collectivité. Par exemple le conseil départemental de Saône et Loire avait décidé de consacrer 30 % du financement de ses centres correspondant au portage des missions de santé publiques ainsi réalisées par les centres et sans incidence majeure sur son budget global départemental.

### **Qui sont les médecins qui viennent exercer en salariés dans ces nouveaux centres de santé?**

En général, lors de la création d'un centre, au début du fonctionnement de celui-ci, les candidatures que nous constatons sont surtout celles de médecins expérimentés, avec une moyenne d'âge entre 50 et 55 ans, souvent épuisés par une pratique libérale usante et qui sont très heureux de pouvoir poursuivre un métier qu'ils aiment par-dessus tout sans poursuivre ce rythme qui les tue et sans charge de gestion. Puis quand le centre a démarré arrivent les candidatures de plus jeunes praticiens, rassurés par la présence des anciens sur lesquels ils peuvent s'appuyer.

### **Quelles perspectives et quels espoirs envisages-tu, fort de cette expérience avec la Fabrique des centres de santé?**

Plusieurs choses.

D'abord, la satisfaction de voir le modèle de centres de santé de plus en plus reconnu comme réponse adéquate à l'organisation sanitaire ambulatoire moderne. Que ce soit de la part des usagers ou des populations en devenir de l'être, des professionnels de santé et des porteurs de projets. À noter que pour ces derniers (maires, présidents de communautés d'agglomération, présidents de conseils départementaux) ceux-ci sont d'horizons très divers politiquement.

Ensuite, le plaisir de voir se développer le modèle des centres de santé départementaux qui représentent à mon sens le meilleur modèle d'avenir du fait de leur légitimité territoriale et du maillage sanitaire qu'ils peuvent constituer permettant ainsi de mieux réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Enfin, le constat que l'on se dirige de plus en plus vers ce que nous espérons pour l'avenir : la création d'un statut d'établissement public de santé ambulatoire pour les centres de santé, avec un statut de praticien ambulatoire salarié communs pour tous les centres. Dans cet esprit la perspective de voir plusieurs promoteurs locaux s'associer autour d'un projet sanitaire est également satisfaisante. La création d'un diplôme qualifiant et d'un statut de coordinateur des structures de soins (centres et maisons de santé) devrait contribuer à cet ensemble. D'où l'importance des formations engagées dans cet esprit par la FNCS et la Fabrique avec l'école des Hautes études en santé publique et qui favorisera la constitution du regroupement de l'ensemble des professionnels de santé, des établissements de santé et médico-sociaux sur un territoire, avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé, les CPTS.

En résumé, les perspectives pour les centres de santé me semblent porteuses d'espoir pour ceux-ci et la population qui bénéficie de leur activité, car leur modèle est désormais la base de la refondation de l'ambulatoire en France. Ceci conforte également la pertinence de l'action de la Fabrique des centres de santé.

Pour en savoir plus, rendez-vous sur le site de la Fabrique : <https://www.lafabriquedescentresdesante.org/>

## Analyse critique du rapport LIBAULT sur le grand âge et l'autonomie

Par le Dr Michèle Leflon

Le rapport LIBAULT sur « Grand âge et autonomie » a officiellement pour but de faire des propositions à la suite de la concertation organisée par le gouvernement à ce sujet et de préparer des réformes. Il ne fera pas date dans l'histoire des idées de la protection sociale. Car si le rapport s'ouvre sur une citation de Pierre Laroque (une allusion à la création de la Sécurité sociale est de bon ton, tout en étant moins engageante en citant un haut fonctionnaire qu'un ministre communiste!), il ne donne pas à voir un projet de société prenant convenablement en charge les vieux, mais reste très conjoncturel dans les propositions, et, pire, ce rapport sur l'idéologie libérale au service du grand patronat.

Il ne s'agit pas de donner aux personnes âgées un droit à l'autonomie, mais simplement de redéployer quelques moyens pour les plus en difficultés, à partir de ceux qui le sont à peine moins. Sous une présentation apparemment claire, avec sommaire, encadré, résumé, ce rapport est difficile d'accès, mélangeant ce que l'auteur a bien voulu retenir de la concertation et un nombre conséquent de propositions (175) au contenu très divers, de la bonne intention à aspect pseudo-éthique à des mesures très techniques, à l'occasion intéressantes, en ayant picoré ici et là, pour faire rassembleur, tout en distillant son idéologie: la perte d'autonomie demanderait des moyens financiers importants pour une bonne prise en charge et en demandera encore plus dans les années à venir. L'avenir est à l'assurance privée car il faut diminuer la dépense publique. Pour l'instant il convient seulement de répondre à l'attente des Françaises et des Français, en communiquant et en faisant payer par les retraités eux-mêmes une aide aux personnes en perte d'autonomie les plus en difficulté sociale. Sans doute pour contribuer à la confusion et à l'incertitude sur les suites qui seront données, le dossier de presse met en avant des propositions clés et des priorités dans des ordres différents.

Cet article présentera successivement l'idéologie de ce rapport, une analyse succincte des propositions et les bases d'une vraie politique solidaire de la perte d'autonomie.

### Un rapport d'inspiration typiquement libérale!

La première partie du rapport donne les orientations, tout en faisant le bilan de la concertation et en donnant quelques éléments de la situation actuelle. Mais c'est tout au long de ce rapport que s'exprime son idéologie, typiquement libérale, reposant sur la nécessité de baisser les dépenses publiques et de refuser les solutions solidaires, associée à une grande condescendance vis-à-vis des « petites mains » de la prise en charge de la perte d'autonomie et à une ignorance totale de l'urgence d'un progrès démocratique.

Il faut diminuer les dépenses publiques! Comme la situation flambe dans beaucoup d'EHPAD et que le gouvernement a besoin de faire quelques concessions, le rapport propose rien moins que de baisser les dépenses de santé et de retraites pour trouver l'argent nécessaire à la prise en charge de la perte d'autonomie. Cela sur une argumentation mensongère: les dépenses de santé et de retraites en France seraient les plus élevées de tous les pays de l'Europe. Mais il s'agit des dépenses publiques, la différence des systèmes sociaux des différents pays européens amenant à ne pas considérer certaines dépenses de protection sociale, en particulier dans le domaine de la retraite, comme des dépenses d'argent public!

Il y a glissement de la solidarité intergénérationnelle à l'équité intergénérationnelle! De quoi s'agit-il? Tout simplement de faire payer par les vieux, la perte d'autonomie des vieux en s'appuyant sur des moyennes, cette nouvelle dictature du chiffre permettant de masquer les réalités sociales que l'on ne veut pas voir. Le niveau de vie moyen des retraités est plus élevé que celui des plus jeunes et il ne faut donc pas organiser de transfert des actifs vers les générations nées dans l'immédiat après-guerre. Cela traduit une totale ignorance sociale - le nombre si important de trop faibles retraites et à l'inverse les hauts salaires de certains - et une totale ignorance économique: la seule source de richesse, c'est le travail. La vraie question devrait être: quelle part du travail de la population en âge de travailler le pays veut-il consacrer aux personnes âgées? Le génie du système par répartition des retraites, c'est précisément qu'une

partie des richesses produites sont prélevées à travers les cotisations vieillesse pour payer les retraites. En poussant à l'extrême l'absence de transferts des actifs vers les plus âgés, il faut arrêter de produire de l'alimentation pour les vieux! Cette notion d'équité intergénérationnelle n'est là que comme enfumage, pour masquer le but du patronat : s'approprier une partie des richesses produites par les salariés pour son luxe et ses jeux sur les marchés financiers. C'est en plus très dangereux, car cela ne fait pas société - « pourquoi mon voisin est aidé et pas moi ? » - à l'opposé d'un système où chacun cotise selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins.

La longue attention portée au patrimoine des personnes âgées dans l'ensemble du document est assez caricaturale, venant d'un rapport commandité par un gouvernement qui a supprimé l'impôt sur la fortune. La confusion entre le milliardaire enrichi par l'exploitation du travail des autres et celui qui possède son logement, payé à la sueur de son front, est insupportable.

Austérité et refus de faire participer les jeunes générations ne peuvent que déboucher sur une prise en charge à minima. Seul petit point positif : cela sera une prise en charge publique pour répondre aux souhaits des Français et parce que pour citer le rapport : « *le marché n'est pas mature à ce stade* ». C'est vrai qu'en cette période où une réforme des retraites est annoncée, mieux vaut ne pas mettre d'huile sur le feu de la privatisation de la protection sociale. Mais le peu d'ambition de cette réforme de la perte d'autonomie laisse la place à une protection à deux vitesses, et histoire de faire « murer » un marché de l'assurance privée de la dépendance, de nombreuses propositions sont faites tout au long du rapport pour introduire des assurances sous des formes diverses, comme l'inclusion dans l'assurance logement, d'une garantie pour l'adaptation en cas de handicap.

Un second point pourrait être positif : la reconnaissance de la nécessité d'une globalité, soins et prise en charge de la perte d'autonomie. Mais la traduction est contradictoire en sortant les dépenses de soins de l'assurance maladie pour un financement plus global des EHPAD par la CNSA, qui apparaît comme le support d'une future cinquième branche, facile à privatiser! Les risques, outre celui de privatisation, sont multiples : de l'effet d'annonces avec le gonflement des sommes allouées à la CNSA, sans véritable effort financier, au rationnement des soins pour les personnes en perte d'autonomie. On n'ose penser que la prise en charge de lunettes ou d'appareil auditif pour les personnes âgées serait assurée par la CNSA. C'est malheureusement concordant avec

le projet de loi de santé Buzyn, qui veut limiter au maximum l'accès des personnes âgées à l'hôpital, au prétexte d'éviter des complications en termes de perte d'autonomie, et préfère leur réserver la télé-médecine et les hôpitaux de proximité, vidés de leurs services actifs (maternité, chirurgie) et transformés en gériatrie, coupés de l'accès à des spécialistes autres.

Austérité et refus des solutions solidaires s'accompagnent d'un grand mépris pour les personnels des services à domicile et des EHPAD malgré un discours lénifiant. La nécessité de changer les conditions de travail et de salaires de ces personnels a été sans doute le point le plus mis en évidence dans la consultation. Sous sa forme électronique, celle-ci fragmentait la pensée en courtes phrases : le rapport se garde bien d'une analyse plus poussée pour apporter des réponses de façade (j'y reviendrai dans la seconde partie de ce texte) sans poser les véritables questions, comme celle de la confusion entre ces métiers et les activités familiales, en lien avec la féminisation extrême de ses métiers rendant « normale » l'absence de reconnaissance salariale des qualifications. Pire, il sous-entend de mauvaises orientations de Pôle Emploi vers ces métiers sans analyser davantage les raisons du manque d'empathie apparente de certaines salariées : ces anciennes demandeuses d'emploi sont le petit peuple que l'on méprise. La conception de la formation est classique de notre société de classes : mieux vaut des compétences que des connaissances, privilégions l'apprentissage... Bref, il faut former des salariés qui obéissent sans penser. Comment s'étonner ensuite du manque d'empathie? Notons enfin que l'on cherche en vain une vraie notion de service public et que la démocratie est la grande absente que ce soit la démocratie sociale - les syndicats de retraités sont cités une fois, ceux des salariés sont ignorés - ou la démocratie politique : les conseils départementaux sont considérés comme des administrations décentralisées de l'État et leurs élus ignorés.

### Analyse succincte des propositions

La première proposition est symbolique : il faut lancer une campagne nationale de sensibilisation au grand âge. Mais la communication est aussi l'objet principal des propositions 72, 116 et apparaît dans d'autres. La communication ne réglera pas la gravité de la situation actuelle!

Toute la première partie des propositions veut porter un « nouveau regard sur le grand âge ». C'est vrai qu'il y a besoin de belles paroles pour faire oublier que le

but n'est pas de faire société, mais simplement de faire semblant de répondre à la demande populaire. La présence du ministre chargé des transports et de celui chargé du logement au conseil d'administration de la CNSA (proposition 6) renforcera simplement le pouvoir du gouvernement. L'amélioration de l'accessibilité est plus incertaine d'autant que la proposition 9 propose rien moins que l'introduction d'un critère d'âge dans les assurances logement pour introduire une garantie « adaptation du logement ». Encore une dépense supplémentaire pour les retraités, indépendante de leur niveau de vie!

Les propositions 22 à 37 concernent les proches aidants. Deux d'entre elles proposent des solutions par les assurances privées :

- inclure dans les assurances collectives d'entreprise une couverture des aidants salariés contre les pertes de salaire.
- généraliser les services aux proches aidants dans le cadre des contrats d'assurance dépendance individuels. Pour l'auteur du rapport, cela pourrait renforcer l'attractivité de l'assurance privée. Ou comment arriver à l'assurance privée par la culpabilisation des personnes âgées vis-à-vis de leurs enfants susceptibles de devenir aidant ?

Les propositions d'affichage sont multipliées, comme celle de mobiliser la médecine du travail, pourtant en grande difficulté actuellement. L'indemnisation du proche aidant est proposée au conditionnel, accompagnée de beaucoup d'interrogations semblant indiquer que cela n'a pas été la proposition la plus travaillée du rapport. D'autres propositions font appel à la bonne volonté des entreprises, leur « responsabilité » sociale et cette partie du rapport se termine sur un appel au bénévolat.

Le deuxième volet des propositions veut mettre « l'autonomie de la personne âgée au cœur du dispositif », c'est-à-dire privilégier le domicile et investir dans la prévention. Le principe affiché de libre choix de la personne âgée s'annonce bon. Le contenu n'est pas à la hauteur de cette ambition! Passons sur la proposition 64, l'évolution de la sémantique. Appeler les EHPAD des « Maisons de grand âge » n'en changera pas le contenu. Il y a quelques années, c'étaient des maisons de retraite. Cette partie se termine par la demande d'un nouvel équilibre entre liberté et sécurité dans les EHPAD, pure bonne intention en l'absence d'analyse des raisons des excès sécuritaires. Aussi vides sont les nombreuses propositions visant à la qualité, labellisation, intervention de la HAS, des ARS, toutes particulièrement vaines en

l'absence de contrôle démocratique, un grand absent du rapport.

D'autres propositions de ce volet sont heureusement plus concrètes, mais bien insuffisantes. Pour les services d'accompagnement et d'aide à domicile (SAAD), c'est une réforme à minima du financement qui est proposée, estimée à 400 M€, tout en leur en demandant plus : faire de la coordination, de la prévention. Toute une série de propositions, de qualité inégale, vise à favoriser des solutions intermédiaires entre EHPAD et aide à domicile. Enfin, un plan de rénovation des EHPAD de 300 M€ par an est proposé.

C'est aussi prévenir la perte d'autonomie pour augmenter l'espérance de vie sans incapacité. Cet axe regroupe seize propositions qui sont plutôt tournées vers le dépistage des premiers signes de la perte d'autonomie que vers une prévention primaire, faute d'analyse des causes de la perte d'autonomie : le report de l'âge de la retraite, multipliant l'usure par le travail, les difficultés financières, ne permettant pas les activités culturelles ou sportives, favorisant une mauvaise alimentation, les difficultés d'accès aux soins, avec les retards de prise en charge et le risque de séquelles aggravées... L'incantation de la fixation d'un objectif ambitieux de l'espérance de vie sans incapacité (proposition 69) ne peut suffire.

Troisième volet : les propositions 87 à 116 concernent la revalorisation des métiers à travers un plan national pour les métiers du grand âge. L'augmentation, très attendue, du nombre des personnels dans les EHPAD, est chiffrée à 25 % d'ici 2024, financée à 80 % par l'assurance maladie. La cohérence de cette proposition avec d'autres (le transfert du financement de la section soins à la CNSA ou le partage à 50/50 entre département et CNSA) interroge.

La proposition 88 ne fait que reprendre la proposition 38 sur le financement des SAAD. Mais on va travailler à l'évaluation du temps nécessaire à chaque intervention : le chronomètre du travail à la chaîne va entrer dans ces métiers, pourtant déjà si minutés et ne permettant pas la nécessaire relation humaine. L'introduction à l'objectif d'amélioration des conditions de travail des personnels en donne le ton : « Reconnaître l'utilité sociale des métiers de l'autonomie ne peut consister uniquement à valoriser les salaires des professionnels, ni à accroître les dotations des structures permettant d'augmenter leurs effectifs ». Évidemment, mais ce sont des conditions nécessaires! Une norme minimale obligatoire d'indemnité kilométrique pour les personnels des SAAD ne peut être la seule mesure pour améliorer leurs revenus, même si

elle est indispensable, même associée à une prise en compte des temps de concertation. Dans les EHPAD, rien pour les petites mains! Le rapport propose juste d'introduire un nouveau niveau hiérarchique, même pas objet d'augmentation de salaire, simplement d'une prime, dont on peut se poser la question de son bénéfice dans la cohésion des équipes.

La proposition 95 se propose de réformer la taxe sur les salaires, accusée de favoriser la multiplication des temps partiels. Mais elle n'évoque pas l'absurdité de cette taxe consistant à verser de l'argent à l'État provenant de la Sécurité Sociale (en totalité pour les hôpitaux, en partie pour les EHPAD), c'est-à-dire à faire un hold-up sur l'argent des assurés sociaux, un argent que l'État reverse depuis 2006 à la Sécurité Sociale, au titre des compensations pour les si nombreuses exonérations dont il décide. Mais cela reste un vol, puisque les compensations sont ainsi en réalité fictives.

Derrière un long discours prônant la formation pour améliorer la qualité des prises en charge des personnes âgées se cache l'idéologie traditionnelle du libéralisme : des compétences plutôt que des savoirs et des qualifications. Certes les compétences sont nécessaires, mais les savoirs sont aussi ce qui permet de réfléchir à sa pratique, d'être citoyen dans son travail et les qualifications reconnues ont un lien plus étroit avec la feuille de paie que les simples compétences. Juste savoir appliquer les ordres donnés, c'est aussi le sens du développement voulu de l'apprentissage!

Ne pas reconnaître les qualifications? Est-ce cela qui justifie l'ignorance dans ce rapport des formations initiales que constitue le baccalauréat professionnel accompagnement, soins et services à la personne et celui services aux personnes et aux territoires du ministère de l'agriculture? Comme le dit poliment un rapport<sup>(22)</sup> paru en 2018, commandé par le ministère de l'agriculture au CGAAER (Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux), après avoir souligné la complémentarité entre Éducation Nationale et enseignement agricole « *l'articulation avec les certifications de travail social relevant du ministère des affaires sociales est plus complexe* ». Nombre des titulaires de ces bacs vont repasser un diplôme de niveau V, en particulier celui d'aide-soignante! Mais tous les espoirs sont permis, car la proposition 115 vise à créer une plate-forme nationale des métiers du grand âge.

Quatrième volet de propositions : mieux accompagner. Passons sur la simplification des démarches, mais notons quand même l'une des propositions de cet objectif : « *communiquer aux personnes âgées en perte d'autonomie le coût complet de leur accompagnement en faisant apparaître la prise en charge par la solidarité nationale* ». C'est-à-dire que l'on va compliquer l'établissement et la lisibilité des factures des SAAD pour culpabiliser les personnes aidées.

Les propositions pour rénover les prestations à domicile et mieux les articuler avec celles qui relèvent du handicap nécessiteraient des exemples de simulation. Pas sûr qu'une prestation à trois volets soit une simplification, ni que le but ne soit pas des économies par non-consommation d'un volet! Par contre il pourrait s'agir des prémices de la mise en œuvre d'une conception misérabiliste de la protection sociale, en particulier à l'adresse des personnes en situation de handicap.

L'objectif suivant est présenté comme la matérialisation de la perte d'autonomie comme d'un risque, alors qu'elle n'est en rien un risque en soi, mais un état qui justifie la mise en œuvre de moyens et d'expertises divers pour assurer à un individu la poursuite de son existence dans la dignité. Encore un moyen de préparer au développement de la prise en charge assurantielle. La proposition de fusion tarifaire des sections soins et dépendance des EHPAD doit sans doute être vue à cette lumière - faciliter le transfert du financement à l'assurance privée, plus compliquée avec des financements départementaux – que comme la volonté d'une prise en charge globale. Et la proposition 126 : « *Mettre en place un « bouclier autonomie » pour les durées de résidence en établissement en GIR 1 et 2 supérieures à 4 ans.* » permettrait, à terme, d'exonérer une assurance privée « dépendance » du financement du risque lourd, lui, laissé à la collectivité! Le progrès que cette mesure semble afficher masque aussi l'insuffisance de la solidarité et le frein moral qui va subsister pour les personnes âgées à une entrée en établissement restant financée par les enfants.

La proposition 127 prévoyant un financement partagé 50/50 entre départements et CNSA des nouvelles dépenses relatives à la perte d'autonomie manque de simulation sur les conséquences financières pour les départements et paraît peu cohérente avec d'autres propositions. Mais surtout elle est une attaque à l'autonomie des collectivités en faisant payer aux départements des dépenses sur lesquelles ils n'auraient pas leur mot à dire. Il en est de même de la proposition 129, visant à harmoniser les pratiques des départements en matière d'aide sociale à l'hébergement, même si la volonté d'aller vers la

22 <https://agriculture.gouv.fr/enseignement-agricole-et-territoires-la-filiere-professionnelle-services-et-la-filiere-0>

suppression de l'obligation alimentaire en commençant par les petits enfants est une bonne mesure.

Mieux accompagner, c'est aussi assurer une continuité de prise en charge et mettre un terme aux réponses en silos. Le premier objectif « Éviter toute rupture de parcours pour les personnes âgées et engager l'ensemble des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux dans un décloisonnement de leurs interventions » ressemble tristement aux objectifs de parcours pour les maladies chroniques : bonnes intentions, irréalisables en l'absence de service public, sauf à se précipiter dans un danger majeur de prises en charge à deux ou trois vitesses par l'irruption des assurances privées sur ce « marché ».

Les propositions 141 et 142 ont au cœur « *le souci d'éviter l'hospitalisation de la personne âgée.* » En phase avec le plan Ma santé 2022, il s'agit de répondre à la crise de l'hôpital, non en lui donnant les moyens de répondre aux besoins, mais en le vidant. Ce n'est pas l'hôpital, ce ne sont pas les services d'urgence qui sont nuisibles aux personnes âgées quand elles en ont besoin, ce sont les attentes, le manque de personnel... Il est caricatural de demander aux pompiers, comme le fait ce rapport, d'être impliqués dans l'orientation vers les dispositifs adéquats. La proposition 145 confirme les intuitions à la lecture de la stratégie nationale de santé : la mission essentielle donnée aux hôpitaux de proximité de prendre en charge les personnes âgées avec « un plateau technique minimal » pour limiter au maximum leur accès à des soins plus spécialisés. On n'ose penser au temps et à la persuasion que devra dépenser un médecin de cet hôpital pour convaincre le confrère d'un service spécialisé, surchargé, de prendre en charge une personne âgée, d'autant plus que la proposition 150 veut instituer un malus pour ré-hospitalisation à moins de 30 jours !

Cinquième et dernier volet : « Un risque national à part entière avec un partenariat territorial renouvelé »

La notion de risque a déjà été discutée ci-dessus. La prise en charge dans le cadre de la protection sociale décrite dans le rapport a les inconvénients de la gestion actuelle de la Sécurité Sociale, avec la proposition de fixation dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité Sociale d'objectifs de dépense, sans aucun avantage, ni en termes de recettes, ni en termes de démocratie : la CNSA devrait avoir des compétences de pilotage financier « *pour les moyens budgétaires alloués aux Conseils départementaux, ainsi que le pilotage de l'équité territoriale, sur la base d'un mécanisme contractuel.* » Il n'est pas question de droit mais de contrat, sur une base très technocratique, niant de plus les élus départementaux !

Passons sur la recherche. Les propositions 158 et 159 pourraient être intéressantes, si elles n'étaient pas que des vœux pieux en l'absence de moyens financiers dédiés.

Quel financement pour ce « risque » ? C'est une solution incolore et inodore qui a été trouvée pour 2024 et les années suivantes : la poursuite du prélèvement de la CRDS (Contribution au Remboursement de la Dette Sociale), au-delà de l'extinction de la dette sociale amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) pour laquelle cet impôt a été créé, sans doute en espérant l'habitude prise de ce prélèvement et l'oubli de la date promise de fin ! Cette solution a tout du miracle, en termes de communication, mais aussi en termes de ressources financières : le rapport l'estime à plus de 9 milliards d'euros en 2025, tellement que l'on pourrait en mettre de côté en prévision des évolutions démographiques, alors que la CRDS n'a rapporté que 7,4 Mds d'€ en 2018<sup>(23)</sup>. Quelle croissance économique en prévision à en croire ces chiffres !

Et d'ici 2024, la perte d'autonomie pourrait être financée par les excédents des caisses maladie et retraites : gare aux économies à venir dans les hôpitaux (et curieuse manière de prévenir la perte d'autonomie). On comprend mieux aussi l'urgence d'une réforme des retraites. À défaut d'une vraie réflexion sur les conditions d'exercice d'un droit pour toutes et tous à la prévention de la perte d'autonomie et à sa compensation, sur les conditions aussi d'une démocratie réelle, toute la partie du rapport consacrée au partenariat territorial relève du bavardage.

Voilà pour cette analyse à la fois longue mais trop succincte des propositions du rapport : d'autres auraient mérité d'être commentées : au-delà d'un discours semblant répondre aux attentes, les sous-entendus, inquiétants, sont fréquents.

### **Une vraie politique solidaire de la perte d'autonomie**

Retenons de la consultation la volonté populaire de la prise en charge publique : c'est un point d'appui essentiel dans les luttes à mener pour une politique solidaire permettant de prévenir et de minimiser les conséquences de la perte d'autonomie pour assurer à nos aînés une vie digne.

Un financement à la hauteur des besoins est possible.

23 <https://agriculture.gouv.fr/enseignement-agricole-et-territoires-la-filiere-professionnelle-services-et-la-filiere-0>

Les difficultés d'un financement à la hauteur des besoins de la perte d'autonomie, besoins croissants avec le vieillissement de la population, sont un des exemples de la totale inefficacité de notre système économique. Une partie de la richesse produite par les hommes et les femmes de notre pays est spoliée par les capitalistes français ou internationaux, avec la bénédiction du gouvernement français et des dirigeants européens. C'est de cette richesse dont nous avons besoin ! C'est à sa source qu'il faut la prendre par la cotisation. C'est de plus un moyen universel, qui devrait permettre d'assurer à tous une prise en charge, pas seulement aux plus démunis : cela fait société et donne sens aux cotisations, à la Sécurité Sociale, puisque chacun pourra en bénéficier, à l'opposé d'un système poussant les classes moyennes et aisées vers une assurance privée, tout en stigmatisant les plus pauvres.

Comme le rapport l'indique, il est difficile de distinguer soins et accompagnement. Mais allons jusqu'au bout de la démarche ! C'est évidemment à l'Assurance Maladie de prendre en charge cette globalité. La demande largement partagée dans le pays d'une cinquième branche doit être entendue : il traduit l'exigence de solutions ! Demander à l'assurance maladie de prendre en charge la perte d'autonomie ne signifie évidemment pas rester au statu quo. Il s'agit d'augmenter à hauteur des besoins les cotisations patronales. Cette augmentation pourrait être l'occasion de mettre en œuvre la modulation des cotisations pour pénaliser les entreprises ayant des politiques antisociales ou anti-environnementales, responsabiliser les donneurs d'ordre vis-à-vis de leurs sous-traitants... Dans l'immédiat, une cotisation sur les revenus financiers des entreprises pourrait également alimenter l'assurance maladie. Si le financement est le nerf de la guerre, il n'est évidemment pas tout.

Lutter contre la perte d'autonomie passe par les services publics.

Indispensables pour tous, les services publics ont un rôle primordial dans le vivre ensemble qui permet de prévenir la perte d'autonomie : des transports publics qui doivent être accessibles, les équipements culturels... Avoir un logement adapté à un handicap ne doit pas être synonyme de listes d'attente à rallonge et les démarches administratives ne pas se traduire par le mur d'un écran ou un répondeur téléphonique où l'on n'appuie jamais sur la bonne touche ! L'essor des services publics est un enjeu majeur.

Mention particulière pour les services de santé : qu'il s'agisse d'hospitalisation ou de soins ambulatoire, l'accès

doit pouvoir se faire sans attente, dans la proximité, condition de la sécurité, sans a priori lié à l'âge : il y a urgence à créer un vrai service public de santé de proximité autour des centres de santé et à donner aux hôpitaux publics les moyens dont ils ont besoin.

Quand le recours à une aide s'avère nécessaire, c'est aussi le service public qui devrait répondre. Cela pourrait se faire sous la forme d'un pôle public de l'autonomie, organisé au niveau départemental, en lien avec les services déjà existants. Il aurait pour mission l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap, la promotion de leurs activités sociales. Il pourrait intégrer sous des formes à définir les actuelles associations d'aide à domicile. Ce pôle public aurait aussi comme rôle de développer de nouvelles formes de prise en charge, intermédiaires entre le maintien à domicile et l'institution. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible ou plus souhaité, c'est aussi au service public d'assurer la prise en charge : les personnes âgées rentrent de plus en plus tard en institution, nécessitant alors une aide importante. Il est nécessaire d'aller très rapidement vers un ratio d'un personnel par personne accueillie.

La création d'emplois, leur revalorisation et un ambitieux plan de formation sont donc nécessaires.

Un mot sur un aspect trop souvent oublié : occupés très majoritairement par des femmes, les métiers en lien avec la perte d'autonomie sont très dévalorisés, alors qu'ils nécessitent des qualifications et sont très pénibles. Cet état de fait participe grandement aux inégalités salariales entre les hommes et les femmes et impose une réelle revalorisation.

Il y a urgence à créer 100 000 emplois. Cela nécessite un plan de formation ambitieux à la fois pour former de nouvelles personnes et pour élever la qualification de celles déjà en poste. C'est une véritable filière gériatrique qu'il faut créer et développer, pas seulement pour donner des compétences sous forme de recettes de cuisine mais pour permettre à ces personnes d'être actrices d'une prise en charge globale, privilégiant l'humain et d'acquérir des qualifications reconnues par leur salaire.

C'est un chamboulement démocratique qui est nécessaire !

- Démocratie dans la gestion de la Sécurité Sociale avec des élections des administrateurs par les salariés : c'est bien à ceux qui produisent de dire à quoi doit servir leur travail !
- Démocratie pour les salariés travaillant dans le champ de la perte d'autonomie : leur donner des

droits d'intervention sur la gestion et l'organisation de leur travail est une des conditions de la qualité de celui-ci!

- Démocratie pour les usagers, tout à la fois démocratie représentative avec de véritables pouvoirs pour les élus et démocratie plus participative avec les associations, les mutuelles dont cela pourrait devenir un rôle essentiel, une fois débarrassé de leur fonction de financeur par le remboursement à 100 % par la sécu.

C'est dans ce cadre que se pose la question du rapport niveau départemental / niveau national. Le département paraît l'échelon pertinent pour la gestion démocratique d'un pôle public de l'autonomie. Cette proximité est en effet la garante de sa qualité par la possibilité d'un véritable contrôle citoyen sur sa gestion. Mais cela ne se conçoit que dans le cadre de règles générales nationales seules à même de garantir l'égalité des citoyens, quel que soit leur lieu de résidence. Les pôles publics départementaux pourraient être structurés nationalement pour garantir la maîtrise et la cohérence : c'est au niveau national, par exemple, que doivent être déterminés les critères pour juger de la perte d'autonomie. Des institutions antidémocratiques comme les ARS ou la HAS n'ont alors plus lieu d'être.

Cela passe par une réforme de l'impôt juste et progressive, tant pour les particuliers que pour les entreprises, permettant à des collectivités comme les départements d'avoir les ressources financières dont elles ont besoin pour assurer leurs services publics. Dans l'immédiat, l'état doit rembourser sa dette aux départements en matière d'APA et de PCH et indexer sa dotation de compensation sur les dépenses réelles des départements.

La fonction d'aidant doit être volontaire et reconnue! Nul ne doit devenir aidant par la force des choses, devant l'incapacité d'une prise en charge publique correcte d'une personne en perte d'autonomie. Ces aidants doivent être reconnus, accompagnés.

## Le financement de la perte d'autonomie liée au vieillissement.

Par Claude Chavrot

La perte d'autonomie liée au vieillissement a été au centre des débats ces derniers mois. Cela vient de faire l'objet d'un rapport de D. LIBAULT, ancien directeur de la Sécurité sociale, qu'il a remis à la Ministre de la santé avec la perspective d'un projet de loi pour la fin de l'année. Pour le Grand Age, les réponses apportées ne sont pas à la hauteur de l'urgence sociale.

### Les propositions avancées dans le rapport LIBAULT :

Selon 3 axes :

1. Favoriser le maintien à domicile :
2. Avec une demande de transformation en profondeur du dispositif actuel ;
3. Un investissement urgent dans l'attractivité des métiers et la formation des professionnels ;
  - 175 propositions pour passer de la gestion de la dépendance au soutien à l'autonomie.
  - Avec un préalable : Changer de regard sur la personne âgée et affirmer sa citoyenneté pleine et entière.

Ces bonnes intentions ont déjà été exprimées dans le cadre de rapports et projets de loi précédents. Mais le courage politique pour y mettre les moyens nécessaires par un prélèvement sur les richesses créées par le travail est absent.

Les pistes de financement du rapport LIBAULT :

- Financement et gouvernance : financer un nouveau risque de protection sociale (avec la création d'un 5e risque?) par utilisation de la CRDS qui va arriver à son terme en 2025.
- Pour une gouvernance clarifiée et partenariale.

### Ce qu'il faudrait développer pour répondre à l'urgence sociale des besoins :

La situation actuelle appelle des mesures urgentes concrètes :

- Le renforcement des EHPAD publics en nombre, en personnels (1 pour 1 résident), en financements pour rénover les locaux et en bâtir de nouveaux ;
- Un renforcement de l'aide à domicile pour la favoriser, avec des services renforcés, et des personnels

plus nombreux, mieux formés et mieux rémunérés et une coordination territoriale et nationale ;

- L'allègement de la tâche des aidant(e) s, avec notamment des structures de répit et d'accueil temporaires ;
- L'organisation d'un service public de la perte d'autonomie sur une base départementale, coordonné par un pôle public de la perte d'autonomie prenant aussi en compte les personnes en situation de handicap.

### Les financements qu'il faudrait développer :

Qui finance quoi ?

En 2010, le montant des dépenses liées à la perte d'autonomie (personnes âgées, handicapées et invalides) oscillait entre 50 et 55 milliards d'euros. La Sécurité sociale assume à elle seule plus de 80 % de cette dépense (soins des personnes âgées et handicapées, fonctionnement des établissements et services dépendance, pension d'invalidité, allocation adulte handicapé). Les collectivités territoriales interviennent sur 10,9 %, dont 7,6 % (4,2 milliards) sur leur budget propre faute de compensation intégrale par l'État. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) n'intervient sur ses fonds propres que pour 7 % de la dépense (3,3 milliards). Les personnes en perte d'autonomie et leurs familles sont le quatrième contributeur direct au financement par le reste-à-charge. Les données manquent, mais cela représente environ 10 milliards d'euros en 2010 pour les personnes âgées. Et un coût moyen national de 1 100 euros sur les aides techniques de personnes handicapées (enquête AFM 2011).

D'où des besoins de financement croissants qui peuvent et doivent être assumés...

Les incertitudes sont fortes quant aux besoins à venir. Mais les rapports officiels tablent sur une augmentation de l'ordre de 1/3 de la dépense actuelle pour 2040. À cette date, le besoin global pourrait être de l'ordre de 75 à 80 milliards d'euros... Mais les réponses sont inadaptées à une prise en charge de haut niveau

Face à ces besoins, les réponses divergent sur la forme mais convergent sur le fond. Pour certains, l'essentiel de cette dépense ne relève pas de financements publics mais de comportements individuels, tandis que d'autres revendiquent le recours à la solidarité nationale. Mais, postulant chacun pour la réduction de la dépense publique et la compétitivité des entreprises comme primats de leur politique, tous refusent d'asseoir le financement de la prise en charge collective de la perte d'autonomie sur des cotisations sociales. Ils laissent ainsi de côté les pistes de financement assis sur une nouvelle répartition des richesses produites dans l'entreprise et sur un nouveau type de production, et prônent différemment mais ensemble, le transfert sur chaque individu du poids financier de sa couverture contre le risque de perte d'autonomie.

À droite, c'est le recours incitatif ou autoritaire au secteur assurantiel privé et la mise en place d'un « partenariat public privé » pour l'offre de services aux personnes. Et pour le PS, c'est une fiscalisation des recettes par de la fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu, qui pousserait le recours à des couvertures complémentaires. Dans un cas comme dans l'autre, chacun ne serait plus couvert selon ses besoins mais selon ses moyens.

Pour une prise en charge socialisée de haut niveau et complète de la perte d'autonomie :

À l'opposé, nous postulons une prise en charge complète de la perte d'autonomie reposant sur un financement adapté.

Pérenne et dynamique : ce financement doit supprimer le reste-à-charge des familles.

Universel et solidaire : chacun doit pouvoir y contribuer selon ses moyens et recevoir selon ses besoins.

Sécurisé et durable : sa construction doit s'élaborer à partir d'un prélèvement sur les richesses produites par le travail hors de tout arbitrage budgétaire et comptable de l'État. Nous posons en conséquence le principe d'un financement solidaire par la Sécurité sociale destiné à assurer la prise en charge sanitaire et médico-sociale de la perte d'autonomie, complétée d'un financement public visant à assurer l'ensemble des prestations constitutives du grand service public de l'autonomie (accessibilité, logements adaptés, transports adaptés...).

Nous proposons d'accroître le niveau et l'efficacité sociale des prélèvements par :

Une revalorisation du taux de cotisation sociale patronale ; une contribution supplémentaire sur les

revenus financiers des sociétés ; une majoration de cotisation sociale pour les entreprises ne répondant pas à l'obligation d'embauche de personnes handicapées.

Une refonte de la taxe professionnelle qui assurerait une contribution réelle et équitable entre entreprises au développement social territorial ; une compensation intégrale de la dépense engagée par les départements et les communes au nom de l'État sur ses missions de solidarité nationale ; l'affectation des fonds de compensation de l'État actuellement versés au titre de l'exonération de cotisations patronales à un fond de développement national des services publics ; une nouvelle contribution de solidarité des ménages les plus riches dont une part serait affectée à la perte d'autonomie.

Le principe de la cotisation sociale pour le volet Sécurité sociale avec une prise en charge à 100 % des frais.

Une fiscalité nationale et locale réformée et développée, dont l'objectif serait, parallèlement à la suppression progressive de la CSG et la CRDS, de ne pas faire peser sur les seuls ménages l'effort contributif.

Une réforme de la cotisation sociale patronale en la modulant selon la politique d'emploi et de salaires de l'entreprise.

Des mesures pour financer ces dispositions et alléger le reste à charge des personnes et de leur famille, par un prélèvement sur les dividendes et les revenus financiers.

### **Pour conclure :**

Seul le vieillissement est abordé dans les projets gouvernementaux quant à la perte d'autonomie, laissant de côté les questions liées au handicap. Or, l'organisation d'un service public de l'autonomie, la situation des aidants, l'accueil en établissements, relèvent d'une même démarche dans le cadre d'un pôle public de l'autonomie à créer. Reste au cœur de tout cela la dignité et la citoyenneté de la personne et de se donner les moyens de répondre aux besoins en prélevant sur les richesses créées par le travail.

Alors que des moyens considérables sont nécessaires pour faire face à l'augmentation attendue du nombre de personnes en perte d'autonomie, D. LIBAULT, propose une fois de plus de prendre dans la poche des salariés et des retraités. Les récentes et fortes mobilisations autour des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) ont révélé que les moyens consacrés à l'aide à l'autonomie (30 milliards € dont 24 issus de la solidarité nationale) sont largement insuffisants. En 2040, 2 millions de personnes seront en perte d'autonomie. Il y en a 1.3 aujourd'hui. Il

faudrait donc plus de 60 milliards € pour répondre aux besoins nouveaux.

Pour un droit à l'autonomie : nous propose la mise en place d'un processus d'autonomisation de la personne, qui vise à la libérer d'un état de sujétion, à lui permettre d'acquérir la capacité d'user de la plénitude de ses droits, de s'affranchir d'une dépendance d'ordre social, moral ou intellectuel. Il ne s'agit pas seulement d'indemniser les personnes ou d'accompagner leur trajectoire de vie, mais aussi et surtout de créer les conditions économiques et sociales de leur autonomie tout au long de leur vie. Cela implique de se donner les moyens d'intervenir sur les conditions d'emploi et de travail, sur les conditions de la recherche médicale et de la prise en charge médicale et médico-sociale, de la recherche en général, sur les politiques nationales et locales d'urbanisme et de transport, sur les inégalités sociales, etc. Le PCF estime indispensable l'instauration d'un droit à l'autonomie, intégré dans la branche maladie de la Sécurité sociale (et non par la création d'un cinquième risque), mis en œuvre au sein d'un grand service public de l'autonomie. Ce dispositif pourrait être financé par l'arrêt des exonérations des cotisations sociales patronales qui représentent 50 milliards € (30 mds€ d'exonération et 20 mds€ d'allègement liés au CICE).

## Besoin d'un service public pour les personnes âgées et en perte d'autonomie ?

Par Michel Limousin

De quoi s'agit-il ? Les personnes âgées et/ou en perte d'autonomie sont de plus en plus nombreuses pour deux raisons principales.

1) L'allongement de la vie est une réalité. L'espérance de vie à la naissance atteint 79,5 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2018 en France métropolitaine, selon l'Insee. Au cours des 60 dernières années, les hommes comme les femmes ont gagné 14 ans d'espérance de vie en moyenne. Cependant, depuis le milieu des années 1990, les gains obtenus par les femmes sont moins rapides que ceux des hommes et l'écart entre les sexes se resserre : de huit ans et trois mois en 1992, il est tombé à moins de six années en 2017. En 2019, l'espérance de vie des hommes est équivalente à celle que les femmes avaient au milieu des années 1980.



Pour autant on note depuis quatre ans un quasi-arrêt de cette progression. Ceci est dû à la crise économique et sociale que traversent le monde et notre pays en particulier. On constate cet arrêt aussi bien aux États-Unis qu'en Grande-Bretagne, au Canada etc.

2) L'impact du baby-boom d'après guerre se fait maintenant bien sentir dans ces tranches d'âges. C'est aujourd'hui cet effet qui est dominant.

Les pathologies chroniques se développent à ces âges ; ceci constitue ce qu'on appelle la révolution épidémiologique. Il s'ensuit que les besoins sanitaires comme sociaux explosent. Sur le plan sanitaire les moyens médicaux existants permettent ces progrès. Sur le plan social, la situation s'est compliquée car la vie des familles s'est profondément transformée : les personnes âgées ne peuvent être prises en charge au quotidien et la question du maintien au domicile lorsque vient la perte d'autonomie est posée.

Certains capitalistes y voient un marché, une source de développement de leur investissement et des profits possibles lorsque ces personnes ont des moyens financiers qui permettent de devenir clients. Ils parlent même de la « Silver économie ». Le vieillissement de la population entraîne l'émergence de plus en plus de produits et de services à destination des personnes âgées. L'économie à destination des seniors pourrait ainsi générer un chiffre d'affaires de plus de 130 milliards d'euros dans trois ans. Mais on voit bien que cela a deux inconvénients majeurs : d'une part une seule partie de la population peut accéder à ce type de service ce qui est en contradiction avec l'augmentation des besoins et d'autre part l'exploitation bien souvent inhumaine de ces structures privées pour dégager un profit maximum entraîne une baisse de qualité des prestations. Cela se manifeste particulièrement dans les EHPAD comme on l'a vu récemment. Comment par exemple nourrir une personne âgée avec 3,70 € par jour (petit-déjeuner, midi, collation, dîner) ? Des mouvements de grèves importants se sont développés et ont attiré l'attention des médias.

On le voit : maison de retraite, EHPAD, structure de maintien à domicile, financement de l'assurance maladie, financement des collectivités territoriales, tout est en crise tant sur le financement que sur la qualité des prestations. C'est tout ceci qui nous conduit à proposer une réforme de fond de l'ensemble du système pour tous puissent y accéder dans des conditions satisfaisantes.

## **Nous proposons un véritable service public de la perte d'autonomie.**

En quoi cela consiste-t-il ? Il s'agit d'organiser une politique nationale valable sur l'ensemble du territoire avec des moyens mis à disposition de façon égale pour tous. Il ne s'agit pas nécessairement d'éliminer le secteur privé mais de l'encadrer de façon sérieuse et de développer des moyens publics là où c'est nécessaire.

Voici quelques exemples de ce que pourrait être ce système :

- Une couverture nationale répartie de façon homogène par rapport aux besoins démographiques.
- Des professionnels suffisamment nombreux pour répondre de façon humaine aux besoins humains ; ainsi il faut arriver au ratio d'un professionnel par pensionnaire dans les EHPAD par exemple pour atteindre une assistance permanente jour et nuit.
- Des normes de formation pour tous ces personnels et des grilles salariales décentes et motivantes.
- Il faut donc créer des centres de formation et des diplômes nationaux.
- Des personnels de santé (Infirmières, kinés, médecins, aides-soignants etc.) répartis en fonction de normes nationales.
- Des tarifs décents qui permettent l'accès à tous sans reste à charge.
- Des équipements de sécurité pour le maintien au domicile.
- La partie sociale du financement assuré par les conseils départementaux doit faire l'objet d'une péréquation solidaire pour tenir compte des inégalités territoriales et éviter que les prestations fournies se fassent selon des décisions locales aléatoires.
- Un encadrement des associations qui gèrent localement ces services en pensant un statut adapté à leurs activités et en leur donnant les moyens humains et financiers adéquats.
- Le financement général reste assuré par l'Assurance maladie pour la partie soins, par les départements pour la partie sociale et par l'État pour la partie coordination et aide à l'investissement.
- Interdiction des organismes côtés en bourse d'entrer sur ce « marché ».

Voici en quelques mots notre proposition. Cela nécessite un débat national et la mise en place d'une loi d'orientation portant création d'un service public pour les personnes en perte d'autonomie.

## Note de réflexion concernant la question des retraites et de l'aide à l'autonomie

Par Olivier Dartigolles

Comment répondre à l'augmentation de la durée de vie et aux défis démographiques des prochaines années? Quelle vie à la retraite? À partir de quel âge? Avec quel niveau de pension pour une existence digne? Un système de retraite, c'est le contrat social d'un pays.

La pierre angulaire de la réforme Macron des retraites se résume à un chiffre: la limitation des dépenses des retraites à 14 % du PIB. Tout va être fait pour ne pas dépasser ce plafond. La réforme Macron: rester au travail plus longtemps avec des pensions réduites pour les années à la retraite. L'hypocrisie consiste à faire croire que l'âge légal de départ à la retraite n'est pas remis en cause, tout en créant les conditions d'un départ effectif à 63 ou 64 ans. Il s'agit donc d'un hold-up sur les plus belles années à la retraite, celles en bonne santé.

Pour cette réforme des retraites, Emmanuel Macron suit à la lettre les recommandations de la Commission européenne. Sans originalité, son projet est une copie des systèmes par points mis à place dans d'autres pays et qui ont provoqué de graves défaillances et des régressions sociales. Le haut-commissaire Jean-Paul Delevoye présentera ses préconisations à la fin juillet. Le projet de loi devrait être inscrit à l'ordre du jour du conseil des ministres à la rentrée de septembre pour un examen parlementaire d'ici la fin de l'année. Le nouveau régime à points ne se mettrait en place qu'à partir de 2025.

La campagne des communistes pour un système de retraites du XXI<sup>e</sup> siècle pourrait s'articuler autour de trois axes:

1. Faire la vérité sur la réforme Macron et contre-argumenter.
2. Présenter les grandes caractéristiques d'un système de retraites du XXI<sup>e</sup> siècle.
3. Construire le plus large rassemblement pour riposter et faire gagner une alternative progressiste.

### 1. Les engagements du candidat Macron à la présidentielle de 2017 et le processus engagé depuis son élection

- Un système « universel ».
- Un système par points où « 1 euro cotisé donne les mêmes droits, quel que soit le moment où il a été versé, quel que soit le statut de celui qui a cotisé ».
- Sans toucher à l'âge légal de départ à la retraite, 62 ans, ni au niveau des pensions.

Le pouvoir va insister sur les thèmes de la justice et de l'équité, tout en sachant que l'opinion publique n'est pas satisfaite du système des retraites actuel jugé trop complexe et inégalitaire. « La retraite ne sera plus une loterie qui pénalise la prise de risque ou aggrave les accidents en cours de carrière »... « la solidarité nationale aidera ceux qui en ont besoin »... « la pénibilité sera toujours prise en compte »...

Nomination en septembre 2017 de Jean-Paul Delevoye comme haut-commissaire à la réforme des retraites. Le 10 octobre 2018, le haut-commissaire a réuni les organisations patronales et syndicales pour leur présenter des lignes directrices: l'âge légal de départ à la retraite restera fixé à 62 ans. Le régime universel remplacera les 42 régimes existants. Un système par répartition (les actifs d'aujourd'hui financeront par leurs cotisations les pensions des retraités d'aujourd'hui). Les règles de calcul des droits et les mécanismes de solidarité « seront les mêmes pour tous ». Les points accumulés, qui permettront de calculer le montant de la retraite, seront enregistrés dans un compte unique. Le taux de cotisation sera proche de la situation actuelle (28 % pour les assurés et leurs employeurs). Des points seront accordés pour chaque enfant, dès le premier enfant. Des points seront aussi accordés pour prendre en compte les interruptions d'activité liées aux aléas de carrière (chômage, maladie, invalidité) ainsi que la maternité. Le système préservera l'existence des pensions de réversion. Un minimum de pension sera prévue pour les personnes ayant travaillé toute leur vie à temps partiel ou avec des revenus modestes. Le système universel permettra de prendre en compte les spécificités de certaines situations (carrières longues, métiers pénible ou dangereux, handicap).

Lors de sa conférence de presse à l'issue du grand débat national, le 25 avril, Emmanuel Macron a rappelé son attachement à un système de retraites par répartition, disant croire « en une solidarité intergénérationnelle » qui fait « la cohésion du pays ». Le futur système universel permettra aux Français de « comprendre en temps réel où ils en sont de leurs droits à la retraite et de ne pas être pénalisés par des carrières non linéaires, passant du public au privé, du salariat à l'entrepreneuriat et inversement ». Créer un « système juste, unique, transparent » pour « protéger mieux ceux dont les carrières sont hachées, instables, atypiques », notamment les femmes. Au cours de cette conférence de presse, Emmanuel Macron a insisté sur la nécessité de « travailler davantage ».

## 2. Décryptage : les dits et les non-dits de la réforme Macron

Le principe de la réforme Macron, « pour chaque euro cotisé, le même droit à pension pour tous ! » crée une rupture dans la conception de notre Sécurité sociale. Le fondement historique, « chacun cotise selon ses moyens et perçoit selon ses besoins », est balayé au profit d'un « chacun cotise selon ses moyens et perçoit selon ce qu'il a cotisé ». Contrairement à l'affichage médiatique qu'il tente d'opérer, le gouvernement invente la répartition sans solidarité avec un système qui, tout au long de la retraite, reproduit et amplifie toutes les inégalités de carrière et n'offre aucune visibilité sur le niveau des futurs droits par rapport au salaire.

Ce qui est occulté : le principe d'égalité proclamé ne concerne en réalité pas les citoyens entre eux mais le calcul de la prestation sous la forme d'une rente viagère (la somme des « pensions » versées pendant la retraite égalerait la somme des cotisations). Mais, en pratique, c'est impossible, car nul ne sait pronostiquer les espérances de vies individuelles. Le système est donc très inégalitaire. Il favorise les espérances de vie supérieures et pénalise les espérances de vie inférieures à la moyenne.

La pension pourra diminuer d'une année sur l'autre en fonction des évolutions économiques et démographiques. La « liberté » de choix sur l'âge de départ est fictive avec un arbitrage entre le montant de la rente et l'âge de départ. La réversion sera une option facultative. La répartition ne couvrira plus tous les salariés sur la totalité de leurs salaires. La brèche fermée par Ambroise Croizat est réouverte pour faire une place grandissante à la capitalisation.

## 3. Comment contre-argumenter la réforme Macron ?

Le statu quo n'est pas possible parce que l'état des lieux n'est pas satisfaisant. Malmené par 25 ans de réformes régressives, le système ne répond plus aux attentes des citoyens en matière d'âge de départ, de niveau des pensions par rapport au salaire de fin de carrière, d'évolution du pouvoir d'achat des actifs, d'évolutions sociétales (PACS). En outre, le statu quo ne résout pas la question de la prise en charge des évolutions démographiques. Le gouvernement est, à ce stade, totalement silencieux sur le niveau des droits. Le blocage des ressources financières affectées à la retraite va faire perdre des droits à tout le monde. La réforme ne va fabriquer que des perdants.

Un système illisible : aucun engagement sur un taux de remplacement pour une carrière complète ; aucune visibilité sur le niveau des futurs droits, on optimisera à l'aveugle comme auprès d'un vulgaire assureur. Le taux de remplacement est condamné à baisser par le blocage des ressources dans un contexte d'augmentation du nombre de retraités. Les jeunes générations, en particulier les plus diplômés et les femmes, seront les plus pénalisées dans un contexte de baisse généralisée des droits.

## 4. Nos propositions pour un système des retraites du XXI<sup>e</sup> siècle. Une nouvelle innovation sociale et démocratique.

- Répondre aux défis des retraites demande de transformer profondément le système existant. Un enjeu de société et de civilisation. Un choix de société, la défense de valeurs de solidarité et de progrès social. Répondre à un triple défi : l'augmentation de la part des plus de 60 ans dans la population, l'allongement de la durée de vie, l'aspiration à une autre vie.

- Rien – et surtout pas les évolutions démographiques prévisibles –, ne justifie une régression par rapport aux conquêtes sociales : possibilité de partir à la retraite à 60 ans, avec une pension équivalente à 75 % du meilleur salaire et indexée sur l'évolution des salaires. Chaque travailleur crée bien plus de richesse qu'en 1945.

- S'attaquer à tout ce qui mine notre économie : le chômage et la précarité, la domination de la finance, une concurrence internationale effrénée. Une politique de développement industriel doit être lancée afin de créer les richesses nécessaires.

- En finir avec la coupe du cycle de vie entre formation, travail et retraite. Développer la formation à tous les âges de la vie et transformer les conditions de transition de l'emploi à la retraite.

- Garantir des niveaux de pensions permettant de vivre dignement.
- Réaliser effectivement l'égalité entre femmes et hommes, en matière de retraites et donc de salaires, c'est-à-dire tout au long de la vie professionnelle.
- Favoriser un rôle actif des retraités dans les solidarités (auprès des enfants, des jeunes en formation ou des jeunes précaires) et encourager leurs activités utiles.
- Implique une organisation, non marchandisée, de la vie après le travail, un véritable service public de nouveau type, à l'opposé des projets de « silver économie » qui cherche à élargir sans cesse l'emprise du marché pour offrir des opportunités de profits aux capitaux privés.

À l'opposé du projet Macron, il faut donc un système de retraites à prestations définies, avec un âge de départ connu, garantissant la solidarité entre les salariés, notamment en matière de pénibilité et de durée de carrière, conformément aux grands principes de notre système depuis la Libération. Chacun peut ainsi connaître les droits dont il disposera à 60 ans, sans vivre dans la crainte d'une réduction de la valeur du « point de retraite » au moment de la liquidation de la pension.

- Il est nécessaire de consacrer plus de richesses aux pensions versées à un nombre croissant de retraités, aux dépenses visant à préserver la santé et l'autonomie des personnes âgées. Il faut donc « une plus grande part de gâteau » à l'intérieur « d'un gâteau plus gros ». Par le passé, les gains de productivité ont permis d'élargir et de renforcer les droits des retraités alors que leur nombre augmentait davantage que celui des salariés en activité. Aujourd'hui, les puissances de l'argent, par les énormes prélèvements sur les richesses créées exigées par la rentabilisation d'une masse démesurément accrue de capitaux, s'y opposent de plus en plus violemment. Macron est leur représentant.

- Il faudra parler du coût du capital : les grands groupes se servent des gains de productivité pour supprimer des emplois et pour rejeter les salariés plutôt que de développer l'emploi, la formation, l'écologie. Il en résulte une déformation du partage des richesses au détriment des salaires et de la protection sociale et d'immenses gâchis de capacités humaines et une perte d'efficacité économique.

- Trois millions de chômeurs officiellement recensés (en réalité beaucoup plus), soit 10 % de population active, c'est une perte de 10 % de valeur ajoutée en plus, soit 229 milliards de PIB supplémentaire, dont 35 seraient affectés aux dépenses de retraites.

- Afin que tous les chômeurs retrouvent du travail, dans le cadre d'une sécurisation de l'emploi et de la formation, avec un nouveau type de croissance de la productivité fondé sur le développement des capacités humaines plutôt que sur l'accumulation de capital matériel et financier, il faudra changer la gestion des entreprises, augmenter les salaires et développer la formation.

### *Comment s'y prendre ? Le PCF propose :*

- Un prélèvement sur les revenus financiers des entreprises et des banques. Sur la base des données relatives à l'année 2018, ce prélèvement pourrait rapporter 28 milliards d'euros à la branche vieillesse de la Sécurité sociale.

- Une modulation des cotisations sociales patronales pour pousser à la création efficace de valeur ajoutée et ainsi élargir l'assiette des cotisations : le taux de cotisation serait alourdi pour les entreprises qui, en quête de rentabilité, détruisent et précarisent l'emploi, rationnent les salaires et les dépenses de formation. À l'inverse, les entreprises qui fondent leur efficacité sur l'embauche et la formation des salariés qualifiés seraient encouragées, avec un taux moins élevé, mais sur une assiette en croissance.

- La même logique inspire notre proposition d'une modulation de l'impôt sur les sociétés en fonction des mêmes critères, et celle d'une suppression des aides fiscales et sociales dont bénéficient les entreprises, à commencer par le CICE et les exonérations de cotisations sociales patronales.

- Une réorientation du crédit bancaire et de la politique monétaire pour faire baisser l'influence des marchés financiers et le coût du capital qu'elle fait peser sur les entreprises. Nous encouragerons ainsi le financement de projets répondant à des critères précis en matière économique, sociale et écologique.

En résumé, pour que la part qui revient au financement des retraites soit à la fois plus grosse et moins indigeste, nous proposons « de changer la recette du gâteau ». Quant à l'aspiration très majoritaire à une simplification du système des retraites, elle pourra être obtenue en faisant converger vers le haut les différents régimes.

## Note sur la viabilité économique des centres de santé mesures immédiates et perspectives

Par le Dr Beaupin, Président de l'Institut Jean-François Rey

*Le plan MaSanté 2022 a prévu le doublement du nombre de maisons et centres de santé dans les 5 ans. Dans ce contexte, en mars 2019 la DGOS a confié à l'ANAP une mission visant à déterminer avec les acteurs concernés, gestionnaires et professionnels, les bonnes pratiques en particulier organisationnelles favorables à la viabilité économiques des centres de santé. Au terme de la mission prévu à la fin de l'année 2019, une stratégie de diffusion des bonnes pratiques auprès des différents acteurs dont les ARS, aura été mise en place. L'objet de la présente note est de passer en revue les différentes mesures en vigueur ou attendues susceptibles d'impacter les centres de santé, et leur incidence sur l'équilibre budgétaire des centres de santé. Une attention particulière est portée aux conditions budgétaires favorables à la construction de formes d'intégration ville-hôpital à construire. Elles sont nécessaires à l'émergence de nouvelles solutions de parcours patients ville-hôpital. Nous préconisons de tourner la page d'un hospitalocentrisme structurant le système de santé depuis 1958. Et d'organiser le pilotage budgétaire de ces solutions à partir du milieu communautaire et des soins primaires.*

### 1. Le modèle économique traditionnel des centres de santé

La viabilité économique des centres de santé a longtemps été appréciée selon des approches comptables, mettant en balance les recettes issues des actes facturés à l'assurance maladie et les dépenses nécessaires à la production de ces actes. Dans cette approche les leviers d'amélioration des recettes portent sur l'optimisation du codage des actes, l'optimisation des "taux de remplissage", la lutte contre l'absentéisme, la recherche de compensation entre les activités difficiles à équilibrer financièrement comme la médecine générale et les activités réputées rentables, comme les spécialités techniques et le dentaire, voire des activités hors nomenclature (esthétique...) pour certains centres de santé. La maîtrise des coûts des fonctions support invite à ajuster les ratios de personnels au plus près des besoins. Les travaux réalisés par Coactis ou Référis par exemple s'inscrivaient dans ce cadre.

Dans ce modèle traditionnel les leviers d'action sont purement budgétaires. Le contenu des prestations

médicales délivrées, et donc leur valeur, reste une boîte noire.

### 2. L'accord national des centres de santé, les prémices

Avec l'accord national des centres de santé, le paysage conceptuel a commencé à évoluer. La concertation entre professionnels, par exemple, a été reconnue comme productrice de valeur et financée, en complément du paiement à l'acte qui a été maintenu. L'exercice regroupé, en maison et centre de santé, s'est ainsi vu reconnaître sa capacité à produire des services de meilleure qualité que l'exercice isolé, avec probablement un meilleur rapport qualité prix, du point de vue de l'utilisateur comme de celui de la communauté.

### 3. MaSanté 2022, quelles incidences budgétaires pour les centres de santé?

#### 1. Les CPTS

Faciliter l'accès à un médecin traitant, organiser les prises en charge et soins non programmés, les parcours de soins pluriprofessionnels, développer la prévention, améliorer la qualité et la pertinence des soins, accompagner les professionnels de santé, les missions des 1 000 CPTS en cours de création viennent prolonger et amplifier les solutions proposées par les structures d'exercice regroupées comme les centres de santé. Ces derniers vont être mobilisés pour assurer le succès des CPTS, les trois quarts des généralistes n'ayant pas encore compris leur utilité selon un récent sondage. Les moyens des centres de santé dévolus au fonctionnement des CPTS seront utilisés pour mettre en place les services prévus, sans impacter a priori l'équilibre économique des centres de santé impliqués.

#### 2. La tarification au forfait en patientèle totale article 51, sortir du paiement à l'acte

Regroupés au sein d'Epidaure-CDS porté par l'IJFR, plusieurs centres de santé sont engagés dans une expérimentation nationale article 51 visant à substituer aux actes de médecine générale et aux actes infirmiers une enveloppe forfaitaire. Prometteuse dans l'intention,

l'expérimentation reste limitée dans son périmètre (MG + IDE seulement) et sa capacité à "générer les marges" budgétaires permettant la mise en place des nouveaux services aux patients (sport santé, diététique, psychothérapies, accompagnement, accès aux soins, publics vulnérables, etc.). L'assurance maladie et la DSS ont cependant donné à l'IJFR un accord de principe pour la mise en place progressive de briques complémentaires, élargissant le périmètre de l'expérimentation aux soins dentaires, aux spécialités médicales, aux actes techniques, à la biologie et à l'imagerie. Au stade actuel, il est prudent de tableur sur un impact neutre pour l'équilibre économique des centres de santé. L'expérimentation sera généralisée, si elle devait s'avérer concluante.

### **3. Les 400 médecins, organiser un bien commun ville-hôpital pour le patient**

C'est une des mesures phares de MaSanté 2022 au plan conceptuel. Elle vise à améliorer les parcours des patients entre la ville et l'hôpital. Plusieurs tests avaient montré le bien-fondé des consultations avancées de spécialistes en centres de santé, chacun des partenaires y trouvant son compte, le centre de santé un accès aux spécialistes, l'hôpital une amélioration du lien avec ses correspondants. En 2018, un poste de médecin généraliste commun entre l'hôpital Lariboisière et le centre de santé Richerand a été créé. Les résultats préliminaires, à l'issue des six premiers mois, ont permis de vérifier l'adéquation de la mesure avec les buts poursuivis, à savoir : organiser l'aval d'une hospitalisation et l'accès à un médecin traitant ; anticiper, organiser, voire éviter des hospitalisations, dès l'amont et avant le recours aux urgences. Le dispositif s'est avéré particulièrement utile pour des populations vulnérables socialement, accédant peu aux soins dans les dispositifs tout-venant. Le coût salarial médical étant pris en charge par des fonds publics (ARS), les dépenses à la charge du centre de santé, locaux et secrétariat, ont été couvertes par les actes perçus.

Sur cette base, l'instruction DGOS du 6 février 2019 vise à mettre en place le dispositif 400 médecins. Pour le volet 1, ville-hôpital, elle ne prévoit pas la prise en charge du coût salarial en centre de santé, réservant cette prise en charge à la part hospitalière. À ce stade, la mesure n'est pas suffisamment aboutie pour permettre l'obtention des succès escomptés.

### **4. Les assistants médicaux**

L'objectif gouvernemental est d'atteindre 4 000 postes d'assistants médicaux. Nombre de centres de santé remplissent les critères d'éligibilité : secteur 1 et exercice coordonné. L'assurance maladie prendra en charge une

partie de la rémunération de ces assistants médicaux. Leurs rôles seront intermédiaires entre secrétariat et paramédical. Pour l'essentiel, il reste à organiser l'intégration de ces nouveaux apports au sein des équipes de soins.

### **4. Forfaits pour les missions d'intérêt général**

Les centres de santé remplissent traditionnellement des missions d'intérêt général, notamment au niveau communal. Les champs concernés sont par exemple la PMI, la planification familiale, les vaccinations, la lutte contre la tuberculose, les PASS, les CEGIDD. Ils peuvent contractualiser à cette fin avec l'État, les départements, l'assurance maladie ou les ARS. La dotation financière est habituellement arrêtée chaque année et son montant révisé selon l'atteinte des objectifs convenus. Ces missions d'intérêt général sont particulièrement intéressantes à soutenir dans la perspective du développement d'approches de type santé publique, par populations, par espace territorial, dédiées à la prévention et à la prise en charge de pathologies ou de questions sociales.

Sur un plan financier, ces différents programmes tout en étant équilibrés financièrement ont une influence favorable sur l'équilibre budgétaire des centres de santé en ce qu'ils peuvent être mis en place avec des ressources mutualisées (fonctions supports). Au sein des centres de santé concernés, les équipes de soins construisent des synergies entre l'activité financée par l'assurance maladie et les programmes de santé publique. Il en résulte que la qualité des soins produits au sein d'une organisation intégrée comme un centre de santé est supérieure à celle qui résulterait de la simple addition d'actions indépendantes. Pour l'exprimer différemment, l'intégration des soins et de la santé publique en une même organisation dans un centre de santé est productrice de valeur.

### **5. Aide à l'investissement**

Les aides à l'investissement réduisent les coûts de fonctionnement des centres de santé, limitant le recours à l'emprunt bancaire et au crédit-bail. Elles constituent un efficace levier en faveur de la viabilité économique des centres de santé. Selon les cas, les ARS financent différents équipements médicaux et des systèmes d'information. Elles financent également les investissements immobiliers dans le cadre de création, de restructuration ou de mise aux normes. Ces aides sont habituellement consenties au prorata des dépenses d'investissement réalisées. Elles sont plafonnées. Le principe du plafonnement ne soulève habituellement pas de question particulière, sauf lorsque le projet innovant revêt une certaine dimension nécessitant des investissements proportionnés, plus élevés que pour

des CDS inscrits dans un modèle habituel ou dédiés à des territoires moins peuplés. C'est le cas de Richerand plateforme régionale regroupant 4 centres de santé, intégrant soins primaires et secondaires, ouverte à tous publics y compris en matière de soins non programmés, organisant une offre globale centrée sur les besoins des patients. L'offre en direction des publics vulnérables (malades psychiques, victimes de psycho traumatisme, exilés...) a été intégrée dans un centre de santé polyvalent afin d'organiser l'accès de ces publics à un médecin traitant et à des soins somatiques, dentaires notamment, dont ils ne bénéficient pas habituellement. En outre, le Centre Richerand abrite le siège de l'IJFR dédié au soutien à la recherche en soins primaires. Le plafonnement théorique de l'aide à l'investissement serait dans ce cas peu adapté aux nécessités de l'innovation et à la volonté d'organiser la viabilité économique du centre de santé.

#### 6. Ville-hôpital, les centres de santé comme pivot budgétaire

L'amélioration des parcours des patients, ville-hôpital, amont, aval, alternative à un recours hospitalier, est un objectif actuel des politiques de santé. Les centres de santé, inscrits dans les territoires et pivots des CPTS, représentent une intéressante opportunité pour la mise en place de prestations innovantes, réalisées en coopération

avec l'hôpital. L'option habituelle est de confier à l'hôpital le pilotage des coopérations ville-hôpital. Outre les problèmes d'acceptabilité par le monde de la ville, force est de constater que les bienfaits, lorsqu'ils se concrétisent, parviennent très peu jusqu'aux patients. On ne saurait en effet passer sous silence le poids du tropisme hospitalier propre à notre modèle français, d'autant plus vigoureux au quotidien que ce modèle est remis en cause dans ses fondements. À côté du modèle habituel, nous préconisons d'ouvrir la possibilité de doter les centres de santé des moyens de mettre en œuvre de tels projets ville-hôpital. Dans ce modèle innovant, les centres de santé pourraient mettre à la disposition des établissements de santé volontaires les ressources humaines utiles à la réalisation des nouvelles solutions de parcours patients ville-hôpital. Une telle orientation serait de nature à renforcer la légitimité des centres de santé, dont le rôle serait élargi et les moyens budgétaires adaptés à la volonté de les pérenniser.

Impact de différentes mesures sur l'équilibre économique des centres de santé		
Mesure	Impact	Commentaire
CPTS	0	Les prestations mises en place par la CPTS seront financées
Tarification au forfait article 51	0	Prestations nouvelles financées "sur les marges dégagées"
400 médecins volet 1 ville-hôpital	Négatif	Pas de financement du surcoût pour le CDS (public socialement vulnérable, organisation des parcours, aval-amont)
400 médecins volet 2	+	Pérennité?
Assistants médicaux	0 / +	Couvre le coût des secrétariats médico-sociaux actuels (Collectivités territoriales...). Pérennité?
Missions d'intérêt général	++	Synergie soins et santé publique
Aide à l'investissement	++	Réduit les coûts de fonctionnement (emprunt, crédit-bail)
CDS pivots ville-hôpital	+	Amélioration du rapport qualité/coût des prestations délivrées aux patients

## Clefs pour le climat : Culture de la paix, élus territoriaux, gardiens de l'environnement

Par Michel CIBOT, Délégué général de l'AFCDRP<sup>(24)</sup>

Face au changement climatique, tous les experts s'accordent à dire que les élus locaux ont un rôle majeur à jouer. Toutefois, ce rôle est souvent réduit à des actions strictement liées à la préservation de l'environnement. Or les élus locaux, grâce à une connaissance approfondie de leur territoire et de leurs administrés, mais aussi grâce à une conscience élevée de leurs devoirs envers ces derniers, savent que pour être efficace, leur action doit s'inscrire dans un cadre beaucoup plus large, dans une approche systémique au sein de laquelle les enjeux de la paix sont cruciaux.

On le voit avec les conflits passés ou en cours dans le monde, la préservation de l'environnement devient impossible en temps de guerre et longtemps après. À Ypres (Belgique), frappée par des attaques chimiques il y a maintenant 100 ans lors de la Première Guerre Mondiale, plus rien ne poussait, à part des coquelicots devenus depuis le symbole de ces combats, témoins des fureurs d'un siècle. À Hiroshima et Nagasaki, frappées il y a 70 ans par une bombe atomique, tout fut détruit et il a fallu de nombreuses années pour que la population et l'écosystème retrouvent des conditions acceptables. Mais les deux villes et leurs citoyens portent encore dans leur chair et leur psyché les traces de ces bombardements. Des arbres ont survécu et sont maintenant l'objet d'un programme de sauvegarde et de mémoire spécifique promu par l'UNITAR.

Cet impérieux besoin de se souvenir atteste d'une inquiétude profonde, d'une véritable crise des perceptions de l'avenir causée par les armes nouvelles utilisées à Hiroshima et à Nagasaki. On parle aujourd'hui des deuxièmes et troisièmes générations de survivants. Cela appelle de notre part des approches nouvelles d'analyse des réalités de notre monde. Guerres et dégradation du climat ne font qu'un dans la course à l'abîme engagée par les humains. Il n'y a pas de solution miracle. Les humains ont inventé ces instruments de malheur, ils peuvent donc inventer ce qui permettra de fermer la porte de cet enfer.

Dans toutes les catastrophes, les acteurs locaux sont en première ligne. Pourquoi en serait-il autrement avec les dérèglements climatiques et la menace nucléaire. D'ailleurs, s'agissant des armes nucléaires, les États ont déjà tranché avec le TNP (Traité sur la non-prolifération des armes nucléaires) qui préconise leur élimination (article VI), il faut seulement trouver le bon accord pour le mettre en œuvre!

### Un réseau opérationnel de maires et acteurs locaux : Mayors for Peace

Ce sens aigu de leur responsabilité envers les citoyens et les écosystèmes, cette conscience d'être les premiers garants de la sécurité publique, que cela soit face à des catastrophes naturelles ou face à des conflits, armés ou non, ont amené les élus locaux à se rassembler au sein d'un réseau pluriel comptant aujourd'hui près de 7000 collectivités dans 161 pays, Maires pour la Paix (Mayors for Peace). Ce réseau, initié par les villes d'Hiroshima et de Nagasaki, est représenté en France par l'Association Française des Communes, Départements et Régions pour la Paix (AFCDRP-Maires pour la Paix France). Il travaille à ces questions depuis plusieurs années, proposant une approche globale des défis qui se posent au monde et par voie de conséquence aux collectivités territoriales, par la mise en mouvement des principes de la Culture de la paix telle que définie par l'UNESCO au début des années 1990. En 2010, le Secrétaire général de l'ONU, Ban Kimoon, recevant une délégation de maires et représentants de nombreuses collectivités territoriales, leur adressait ces mots : *“Construire un monde pacifique ne commence pas dans les salles de conférence à New York ou à Genève. Cela commence sur le terrain, dans les quartiers, dans les communautés. Cela commence par des leaders éclairés dans les villes et villages partout dans le monde. Cela commence avec vous. Et vous êtes en première ligne”*.

### Des outils pour agir : les PLACP

En France, avec l'appui de l'AFCDRP, des collectivités se mobilisent au quotidien pour mettre en place ces

<sup>24</sup> AFCDRP - Mayors for Peace France : Président : Philippe Rio, Mayor of Grigny. Some members : Ile de France région, Centre région, Lower Normandy région, Vitry-sur-Seine, Cordes-sur-Ciel, Tours, Bègles, Dijon, La Rochelle, Maillé, Malakoff, Oradour-sur-Glane. Contact : secretariat@afcdrp.com. For more information : [www.afcdrp.com](http://www.afcdrp.com)

politiques publiques novatrices prenant en compte les huit domaines d'action de la culture de la paix. Elles élaborent des Programmes Locaux d'Action pour une Culture de la Paix (PLACP) adaptés à leurs choix, à leurs spécificités et à leurs moyens, des actions très appréciées des citoyens. Des expériences similaires peuvent être observées dans de nombreux pays d'Europe et du monde.

### Armes nucléaires: le "trou noir"

Les villes d'Hiroshima et de Nagasaki étant à l'origine de ce réseau, la question des armes nucléaires est « naturellement » l'un des éléments clef de l'action. En effet, de nombreuses modélisations de climatologues ont montré qu'un conflit, même de faible intensité, qui impliquerait l'usage d'armes nucléaires, provoquerait un hiver nucléaire. Cet hiver nucléaire aurait un double effet: non seulement il aggraverait ceux du réchauffement climatique, qui est surtout un dérèglement

Climatique, mais en plus, il rendrait les conséquences humaines et environnementales encore plus désastreuses (voir les travaux d'IPPNW à ce sujet - Médecins pour la Prévention de la Guerre Nucléaire - Prix Nobel de la paix). Au fond, les citoyens du monde entier, tous menacés par les armes nucléaires, savent assez peu de choses à leur sujet. Nous savons tout de même qu'elles ont fait entrer le monde dans une ère nouvelle, l'ère du pouvoir d'extermination totale des humains par les humains eux-mêmes. Le philosophe Jean-Pierre Dupuy, professeur à l'École polytechnique, parle d'un "défi à la pensée à propos de ce pouvoir "d'autodestruction de l'espèce humaine". Il ajoute: « Ce néant absolu est impensable, et pourtant, il agit comme un trou noir dont la présence hante tous les raisonnements autour de l'arme atomique ». Il constate que la philosophie française s'est peu intéressée à ce trou noir pourtant essentiel à toute compréhension de la réalité. Nous pouvons ajouter que la philosophie n'est pas seule dans ce déni, et si les innombrables analystes et docteurs de toutes disciplines présents au chevet de notre monde malade, du fait de ce déni, n'intègrent pas cette réalité dans leurs diagnostics, comment peuvent-ils prescrire les bons remèdes? Ce déni explique sans doute le manque de relief et de réalisme de ce que d'aucuns appellent "la littérature grise" des montagnes de rapports déposés sur les bureaux de tous les élus locaux ou nationaux. Outre le désastre potentiel, nous devons également nous demander comment un tel pouvoir de tout anéantir influence d'ores et déjà les comportements humains, si les multiples dérives du monde actuel ne prennent pas racine dans ce pouvoir pour s'en nourrir en désacralisant la vie humaine? Un philosophe a utilisé les termes "d'obsolescence de l'homme".

### Une utilisation raisonnée des ressources au profit des besoins humains

Parmi les grands défis posés par les deux "plaies jumelles" comme disent Oliver Stone et Peter Kuznick vient en tête celui des moyens. Plusieurs études ont démontré que les ressources financières mobilisées par les armes nucléaires dans les pays détenteurs permettraient de satisfaire aux besoins fondamentaux des citoyens du monde entier et ainsi de tarir bien des sources de conflits ou rendre ces conflits plus faciles à résoudre par les voies diplomatiques façonnées au cours de siècles et des millénaires par les civilisations humaines. Des organisations d'élus locaux, dont la Conférence des Maires des États-Unis (USCM), ont appelé leurs gouvernements respectifs à abandonner les armes nucléaires et à œuvrer pour une culture de la paix en redirigeant les fonds ainsi libérés vers la réussite des « Objectifs du Millénaire pour le développement » définis par les États eux-mêmes au sein de l'ONU. Les spécialistes en stratégie et en défense s'interrogent sur l'efficacité de l'usage des armes connues à ce jour dans les typologies actuelles de conflictualité. Ils envisagent des processus "d'influence préventive", une autre façon de dire que les solutions se trouvent sans doute dans les outils déjà forgés de la culture de la paix, même s'ils ne l'expriment pas ainsi. Cette nouvelle approche ouvrira peut-être la voie à ces "nouveaux paradigmes" que les experts en gouvernance appellent de tous leurs vœux. Elle permettrait en tout cas de parvenir à des équilibres viables entre les humains (nombreux) et la planète qui les fait vivre.

### L'espoir demeure

Comme le dit le Pape François dans l'encyclique *Laudato Si*, "l'humanité est appelée à prendre conscience de la nécessité de réaliser des changements de style de vie, de production et de consommation, pour combattre ce réchauffement ou, tout au moins, les causes humaines qui le provoquent ou l'accroissent". Les villes, leurs maires, les départements, les régions et tous les acteurs de la vie locale sont en mesure d'apporter des contributions efficaces à la réalisation de cet objectif. Avec Benjamin R. Barber, peut-être faut-il poser une question naïve: "Et si les maires gouvernaient le monde?"... Mais restons modestes... Les citoyens sont les premiers garants de l'espoir. Ils ont besoin de transparence et d'information pour que la démocratie nous préserve tous de toutes les dérives... Telle est l'ambition de ces quelques lignes pour qu'un réseau international apporte sa contribution aux travaux de "l'équipe de France du Climat"!

---

*Le dossier : bioéthique*

---

## Bioéthique et personne humaine<sup>(25)</sup>

Par le Dr Michel Limousin

Lorsque nous parlons ici de personne humaine, nous parlons des personnes que nous rencontrons réellement, telles qu'elles sont, au coin de la rue si nous pouvons utiliser cette expression. C'est la personne réelle, physique et mentale avec sa vie propre, son passé, son devenir, son histoire, ses joies et ses peines. Il ne s'agit pas d'un projet de personne, d'un concept ou d'un modèle théorique. Ce peut être un enfant, un adulte, une personne âgée. On remarquera à ce titre qu'un enfant ne peut être défini comme un projet parental comme on l'envisage bien souvent dans les débats de bioéthique aujourd'hui.

Il ne s'agit pas non plus d'un homme nouveau comme nous en ont promis les systèmes totalitaires. L'idée d'un homme nouveau induit toujours la possibilité de maltraiter l'homme actuel voire de le liquider s'il ne correspond pas au projet comme l'ont fait Hitler mais aussi Pol Pot et quelques autres.

La qualification « humaine » accolée à personne pourrait paraître inutile. Mais en fait, en droit, il y a des personnes qui ne sont pas « humaines » : les personnes morales, les personnes anonymes ou sociétés anonymes du capitalisme moderne, les personnes publiques comme les communes, les hôpitaux, les personnes juridiques comme les associations. Dire la chose clairement vaut mieux qu'une imprécision. Récemment en parallèle à la défense des « Droits de l'Homme » et s'appuyant sur leur « sacralité » reconnue par les constitutions et traités internationaux, certains syndicats patronaux ont mis en avant les « Droits de la personne morale », par exemple ceux des entreprises ; selon eux ces droits devraient en « toute équité » être les mêmes... Par exemple la prise de possession par nationalisation du capital serait alors une atteinte au droit de la personne anonyme (droit à la propriété) : elle aussi deviendrait « inaliénable ». On voit bien qu'il vaut mieux être précis dans la définition de la personne et ne pas faire entrer le capital ou toute autre structure dans ces définitions.

Autre remarque : nous parlons bien ici de personne humaine globale : pas de séparation entre le corps et la

psyché. Le corps est constitutif de la personne au même titre que la conscience.

C'est une notion juridique en débat depuis longtemps. Ainsi, l'*Habeas corpus* anglais résulte d'une loi votée en 1679 sous Charles II garantissant la liberté individuelle évitant ainsi une détention arbitraire sans comparution devant un juge. C'est un des premiers pas vers cette reconnaissance d'unité personnelle : tu as un corps. Cette conception holistique de la personne est une avancée de civilisation majeure. Il ne peut y avoir d'esclaves à vendre ni de marchandisation du corps. On peut dire que Staline a manqué de repères de ce point de vue en matière d'*Habeas corpus*. Mais aussi les Églises dès leurs fondations, les religions. Et l'ensemble des structures de domination politiques ou économiques depuis toujours. Que dire aujourd'hui du comportement de l'armée américaine à Guantanamo ? On aurait pu espérer que le mouvement communiste échappât à ces travers : il n'en fut rien.

La notion traditionnelle de personne humaine est chahutée par les avancées des biotechnologies et les transformations sociétales. Le problème de ses limites ou autrement dit de ses contours est tout particulièrement posé. À l'inverse, son unité globale est maintenant admise sur le plan des connaissances scientifiques. Du point de vue rationnel, il n'y a plus d'âme ou d'esprit séparé du corps. Cette distinction reste certes prégnante dans les religions et les philosophies idéalistes et donc dans la société. Mais dans la pratique des sciences sociales, psychologiques, biologiques, ou communicationnelles, la distinction n'est plus retenue. Ce qui reste, c'est la conscience qui émerge de la complexité neuronale du cerveau. Jean-Pierre Changeux le dit très bien dans son livre *L'homme neuronal* : « Les opérations sur les objets mentaux et surtout leurs résultats seront "perçus" par un système de surveillance composé de neurones très divergents, comme ceux du tronc cérébral et de leurs « réentrées ». Ces enchaînements et emboîtements, ces "toiles d'araignées", ce système de régulation fonctionneront comme un tout. Doit-on dire que la conscience émerge de tout cela ? Oui,

25 Extrait du livre de Michel Limousin « Vendanges tardives du communisme » ( Chapitre 8 : Propositions pour une nouvelle philosophie politique II, De la personne humaine.) à paraître.

si l'on prend le mot "émerger" au pied de la lettre, comme lorsqu'on dit que l'iceberg émerge de l'eau. Mais il nous suffit de dire que la conscience est ce système de régulation en fonctionnement. L'Homme n'a dès lors plus rien à faire de l'"esprit", il lui suffit d'être un homme neuronal<sup>(26)</sup>. Est-ce vraiment suffisant comme définition ? J'en doute.

La conscience reste quelque chose de très complexe et difficile à définir. Les existentialistes nous disent que toute conscience est conscience de quelque chose. C'est vrai mais peut-être réducteur. Jean-Paul Sartre dans l'introduction de son traité d'ontologie phénoménologique intitulé *L'être et le néant* écrit : « La conscience n'a rien de substantiel, c'est une pure « apparence » en ce sens qu'elle n'existe que dans la mesure où elle apparaît. Mais c'est précisément parce qu'elle est pure apparence, parce qu'elle est un vide total (puisque le monde entier est en dehors d'elle), c'est à cause de cette identité en elle de l'apparence et de l'existence qu'elle peut être considérée comme absolu<sup>(27)</sup> ». Cette affirmation reste relativement idéaliste mais est datée car la neurobiologie n'avait pas encore dit grand-chose en 1943. Ce qui reste inexplicé aujourd'hui, c'est comment se constitue le soi qui se fonde en une identité auto-pensée. L'articulation entre ce qui est sous-jacent à la conscience et la conscience vive reste largement mal comprise. Le problème n'est pas nouveau : Edgar Morin rappelle que « Schopenhauer disait que la conscience est l'efflorescence suprême de l'inconscient<sup>(28)</sup> ». Cela nous renvoie à Freud. Quant à Denis Forest, il élargit le champ des interférences : « Il semble que nous sommes bien des choses en dehors de notre cerveau et que nos pensées nous viennent, sur le fonds, de conditions qui sont pour une part en dehors de nous-mêmes, dans la nature et dans la culture<sup>(29)</sup> ». L'identité de la conscience et sa formation préoccupaient déjà Kant : « penser, c'est unir des représentations en une conscience<sup>(30)</sup> ». Ici, c'est le mot unir qui est important. Et ce sont les sens qui permettent « d'intuitionner des représentations ». Hannah Arendt bascule vers l'éthique et retiendra une définition morale éloignée de celle des sciences neurobiologiques : « Elle gardera dans son œuvre la conviction husserlienne que "penser" c'est d'abord avant tout "exister comme sujet responsable"... La philosophie, pour elle comme pour lui (Husserl), n'est pas affaire de système, encore moins de

vision du monde mais mode singulier d'appartenance, d'existence, questionnement personnel incessant. Penser, c'est être responsable<sup>(31)</sup> ». Quant à Martin Heidegger<sup>(32)</sup>, le maître universitaire et compagnon d'Hannah Arendt, qui consacra l'essentiel de ses travaux à la question de l'être, j'avoue que je n'en ai rien compris ; je n'en dirai donc rien ; de plus je ne voudrais pas que sa compromission révoltante avec le nazisme me fasse mal analyser ses positions ; le lecteur me pardonnera.

L'évocation de la personne humaine repose donc sur une conception matérialiste du sujet qui de mon point de vue marque une avancée humaniste par rapport aux conceptions historiquement antérieures. Mais si ce volet matérialiste s'impose, il nous reste à découvrir comment fonctionne la complexité émergente pour permettre l'éclosion de la conscience. De ce point de vue nous sommes dans l'ignorance et nous devons, là aussi, garder en tête le principe d'incomplétude des théories qui nous impose de facto vigilance et ouverture d'esprit. Il reste du travail scientifique à accomplir pour demain.

Mais aujourd'hui, il apparaît des questions pendantes aux limites de cette conception. Ce sont pour l'essentiel des questions qualifiées d'éthiques, liées aux avancées scientifiques actuelles. Ce ne sont pas des incertitudes de savoir mais des questions de vie concrète.

Je distinguerai trois problématiques : en premier ce qui concerne le début de la vie, en deuxième la question de la modification volontaire du corps (manipulation génétique, modification du corps y compris le cerveau), et en troisième la fin de vie.

### Du début de la vie de la personne

Je me référerai dans ce passage à un texte extrêmement bien écrit de Lucien Sève intitulé « S'entendre sur la personne ». Il m'avait donné ce tapuscrit en décembre 2002. Il fut publié par le *Comité Consultatif National d'Éthique*<sup>(33)</sup> à l'occasion de son 20<sup>e</sup> anniversaire. Ce conseil a été le lieu d'une réflexion intense et partagée pour éclairer la nation dans ses choix législatifs ; on doit souligner la qualité de ce travail qui permet l'échange entre courants idéologiques différents et le passage de l'éthique au droit. Sève y a été invité comme philosophe matérialiste. Le respect de la personne humaine a été la valeur commune

26 Jean Pierre Changeux, *L'homme neuronal*, Paris, Éditions Fayard, Le temps des sciences, 1983, p. 137.

27 Jean-Paul Sartre, *L'être et le Néant*, Paris, Éditions Gallimard, coll. « Tel », 1943, p. 23.

28 Edgar Morin, *La Méthode, L'identité humaine*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, Tome 5, p. 102.

29 Denis Forest, *Neuroscientisme, les sciences du cerveau sous le scalpel de l'épistémologie*, Paris, Éditions Ithaque, 2014, p. 19.

30 Emmanuel Kant, *Prolégomènes à toute métaphysique future qui pourra se présenter comme science*, Paris, Éditions de la Pléiade, Nrf, tome II, 1985, p. 77 & 78.

31 Laure Adler, *Dans les pas d'Hannah Arendt*, Paris, Éditions Gallimard, 2005, p. 66.

32 Martin Heidegger, *Être et temps*, Paris, Éditions Gallimard, Nrf, 1986, 590 p.

33 Sicard Didier (coord.), *Travaux du Comité Consultatif national d'Éthique, 20<sup>e</sup> anniversaire*, Paris, Éditions PUF, Quadrige, 2002.

constante de ces courants de pensée. Sève a retenu que les routines d'usage courant de l'expression personne humaine nous font trop aisément croire que nous savons bien le sens de ces mots et que ce sens en est unanimement partagé. Il pointe que l'expérience cruciale où se dévoile toujours une complexité cachée, c'est celle de la signification aux limites. C'est bien cette question des limites qui se pose aujourd'hui. Sève donne la naissance et la mort comme limites; j'y ai ajouté entre les deux la modification du corps. D'une certaine façon, c'est prendre en compte les nouveaux problèmes posés par le transhumanisme et l'humain « augmenté ». Cette problématique se posait moins en 2002 qu'aujourd'hui.

Concernant le début de la vie, le concept de « personne humaine potentielle » a été retenu unanimement par le conseil dans ses premières années de fonctionnement, pour l'embryon. On lit que « *L'embryon n'est pas un produit neutre de laboratoire, mais qu'il est, ou a été, une personne humaine potentielle* ». Sève considère que cette conception conduit à poser que le statut de personne potentielle devient alors une propriété de fait de l'embryon comme une sorte de caractère biologique. Il indique avec certains des scientifiques du conseil que c'est un acte de foi en la présence surnaturelle d'une personne dans l'embryon sitôt conçu. Ceci n'est pas une observation scientifique. Et qualifier l'embryon de personne potentielle serait donc lui reconnaître au présent la qualité plénière de la personne quoique celle-ci ne doive s'exprimer que par la suite. Potentiel doit-il alors être compris comme immédiat ou comme virtuel? Là est l'ambiguïté qui divise l'assemblée du conseil même si la formule permet un unanimité de surface. Sève préfère situer le débat « *entre personne potentielle ou potentialité de personne* ». Il propose de retenir potentialité de personne car l'embryon n'est pas une personne « *actuelle* », autrement dit consciente et capable de soi: c'est à des tiers qu'incombe de faire savoir sa dignité. Je pense que cette définition de « l'actualité » pose néanmoins un problème: à d'autres moments de la vie, la personne humaine n'est ni consciente, ni capable de faire savoir sa dignité: tout le monde le comprend. Est-ce à dire qu'à ce moment il n'y a plus de personne humaine? Quid des malades inconscients, des malades psychiatriques, des déficients congénitaux, des mourants? Il s'ensuit que la formulation de Sève reste pour le moins incomplète. On ne peut avancer un argument valable à un bout de la vie et non recevable à l'autre. Pourrait-il l'être aujourd'hui en l'état de nos connaissances?

Cela nous renvoie immédiatement et concrètement au problème de l'interruption volontaire de grossesse. Pour des raisons utilitaires je considère que le droit à l'IVG doit

être reconnu. Il l'est dans les sociétés démocratiquement avancées au nom du droit des femmes à disposer d'elles-mêmes. Mais il reste une ambiguïté: jusqu'à quelle date d'aménorrhée peut-on réaliser une IVG? Avant telle date, la loi considère que c'est permis. Après cette date, cela devient un crime. C'est-à-dire qu'avant telle date, il y a un simple produit biologique et qu'après il y a une personne. Aucun argument sérieux ne permet de valider tel ou tel délai. Ainsi nous avons vu ce délai modifié de deux semaines supplémentaires en France passant de 12 à 14 semaines. C'était justifié sur le plan des moyens médicaux utiles mais cela ne correspondait à aucune conception biologique ou théorique définie. L'objectif de la loi IVG était un objectif de santé publique: faire baisser la mortalité et la morbidité maternelles dues aux avortements clandestins. Cet objectif a été globalement atteint et même renforcé par l'allongement du délai. Personnellement j'ai fait ma thèse de doctorat de médecine en 1976 avec le Pr Bernard Pissaro sur le sujet avant même qu'une année d'application de la loi ne soit passée. J'ai regardé dans les données avant et après le vote de la loi, quelle avait été l'évolution des chiffres dans le 12<sup>e</sup> arrondissement de Paris (Hôpital Saint-Antoine). Dès les premiers mois d'application de la loi, la mortalité avait disparu et la morbidité avait baissé de 74 %: objectif atteint. L'autre objectif implicite des parlementaires était de faire baisser le nombre total d'avortements; ceci n'a jamais été atteint. Ce second objectif était d'ordre « moral » plutôt que de santé publique; c'était sûrement sa faiblesse. Quoi qu'il en soit je constate l'effet positif en termes de santé publique d'une mesure inspirée par une éthique utilitaire comportementaliste.

Cette éthique marque la limite du concept matérialiste de personne humaine que je propose sans l'invalider. Je l'accepte car je connais les limites des axiomes mais je considère qu'il vaut mieux le faire sciemment que d'invoquer sans réserve des principes théoriques qui portent en eux-mêmes des contradictions qui sautent aux yeux. Le matérialisme n'a pas réponse à tout, tout de suite et tout le temps. Le *Comité Consultatif National d'Éthique* dans son rapport de 1986 a conservé la notion de personne humaine potentielle pour fondée. En 1987, le comité écrit: « *La notion éthique de personne humaine potentielle n'oblige pas à croire qu'existe dans l'embryon une personne mystérieusement présente, à quoi certains d'entre nous sont indéfectiblement attachés. Elle demande d'admettre l'évidence d'un être humain en devenir, et de prendre conscience que notre façon de le traiter engage la moralité de notre rapport à la personne humaine toute entière, à la collectivité sociale en son ensemble et pour finir au genre humain lui-même... Telle est la gerbe d'idées que*

vient lier notre affirmation précise : nous disons de l'embryon, non pas qu'il "est", mais qu'il "doit être reconnu comme une personne humaine potentielle" ». Ici, Sève considère qu'est en cause la question la plus centrale à laquelle nous sommes confrontés en termes de bioéthique : « *l'énigme de la personne humaine en général* ». Je préfère cette formulation de modestie intellectuelle assumée que des affirmations catégoriques mais incertaines. La biologie connaît bien l'individu mais dans son domaine spécifique ne rencontre jamais la personne humaine. La médecine, si. Pour Lucien Sève le mot personne ne renvoie pas à une donnée naturelle mais à une construction culturelle et juridique. Il dit alors : « *La personne n'est rien d'autre qu'une fiction juridique ayant pour seul contenu l'aptitude à être titulaire de droits et d'obligations, aptitude qui peut du reste être reconnue à d'autres que des individus concrets – par exemple à des entités comme l'État, des groupements comme les syndicats...* ». Il oublie les sociétés anonymes : la personne humaine dans l'acception de mon axiome premier n'a strictement rien à voir avec les personnes morales définies seulement par le droit. Ceci nous renvoie à ce que j'envisageais quelques paragraphes plus haut. Certes « *la nature n'est pas plus productrice de personnes morales que de code pénal* » mais qu'est-ce que la nature en la matière ? Il est inutile d'appeler Kant à la rescousse comme le fait Lucien Sève : pour Kant les *a priori* transcendants n'ont rien à voir avec les sciences de la nature. Ceci dit, plus loin il indique de façon contradictoire la nécessité de parler de personnes réelles indépendamment des abstractions des philosophes ou des « *fictions* » des juristes. Sève définit la personne comme l'être conscient de soi, capable par là même de souffrir et de vouloir. Conscient de soi ? La définition sera encore une fois bien difficile à établir ? Souffrir ? C'est à la portée de tout être vivant. Vouloir ? Et si la personne ne veut rien ? La situation est complexe et étrange. Suivre l'avis de la commission britannique qui proposait de retenir le 14<sup>e</sup> jour de développement – moment où se met en place la crête neurale qui est le début du cerveau – comme limite de l'expérimentation sur l'embryon n'a pas de sens. L'embryon n'en est pas plus ou pas moins une personne s'il ne peut pas souffrir au 14<sup>e</sup> jour ou s'il peut souffrir au 15<sup>e</sup> jour.

Lucien Sève termine son propos sur le Comité Consultatif National d'Éthique ainsi : « *Si bien du chemin a été parcouru en vingt ans, s'entendre sur la personne reste une tâche inachevée et d'ailleurs inachevable* ». Je retiens le mot inachevé et peut-être encore plus le mot inachevable pour longtemps. Il montre que le débat va être encore compliqué par les découvertes biomédicales à venir. Il évoque par exemple les cellules

totipotentes qui permettent le clonage : sont-elles des personnes potentielles ?

Je m'arrêterai là avec ce texte déjà ancien même s'il montre la complexité du débat même entre matérialistes. Selon moi, c'est lié au principe d'incertitude des théories, lui-même lié au fait que la connaissance a ses limites. L'important est de prendre des décisions éthiques cohérentes, fondées dans la mesure du possible sur la connaissance et de ne pas prendre pour vérité définitive ce qui n'est qu'un simple mode de penser, aussi élaboré soit-il. L'enfermement idéologique n'est plus à l'ordre du jour chez les matérialistes, même s'il l'a été il y a près d'un siècle. Autrement dit, c'est la connaissance de la connaissance qui est la première nécessité. Je rejoins là à nouveau Edgar Morin. Il n'y a pas de Vulgate.

Pour autant on n'en a pas fini avec les questions tenant au début et à la naissance de la personne humaine. Aujourd'hui un bébé peut avoir plusieurs parents. Comme l'indiquait René Frydman<sup>(34)</sup>, lors de l'Université d'été du Pcf en 2018, un enfant aujourd'hui peut déjà avoir quatre mères : une femme qui donne son ovocyte avec ses mitochondries et leur capital génétique, une qui donne son noyau avec son génome, une troisième qui porte l'enfant et éventuellement la mère sociale qui va l'élever et que l'enfant appellera maman. On ajoutera un père qui donne son spermatozoïde et sera appelé papa ou pas. Cela donne une situation parentale nouvelle et on ne sait pas trop quels problèmes identitaires éventuels cela soulèvera chez les enfants. Les possibilités biologiques deviennent très variées. On a vu récemment le cas d'une femme âgée de plus de 60 ans donner naissance à un enfant conçu à partir d'un spermatozoïde de son fils homosexuel et d'une femme donneuse d'ovocyte. Cette femme est donc la mère porteuse de son petit-fils et sa grand-mère. Cela n'est pas conforme aux règles médicales en vigueur (pas de grossesse artificielle à cet âge-là), mais cela s'est fait. Je suis convaincu que demain, même si cela est interdit par des conventions internationales qui d'ailleurs ne sont pas signées par tous les pays, nous aurons des humains issus du clonage. Les lois du marché et l'ambition mégalomaniaque de certains chercheurs pousseront à cette éventualité.

De façon plus pragmatique et immédiate se pose la question du droit à l'enfant. La possibilité d'avoir des enfants pour les couples homosexuels ou pour les personnes seules hors rapport sexuel est possible et en

34 Le Pr René Frydman est le premier médecin à avoir créé un embryon in vitro qui est né ensuite en 1982, donnant une petite fille. Ce fut le premier bébé « éprouvette », Amandine.

débat. La question du droit à l'enfant se heurte à celle du droit des enfants à avoir des parents. Je ne trancherai rien ici, le débat se poursuit démocratiquement en France. Je ferais simplement la remarque que si on parle de droit, l'égalité est de principe. Le mariage est un droit par exemple, donc tout le monde y a droit : ceci règle le débat qui a pu avoir lieu sur le mariage homosexuel. L'enfant est-il un droit ou a-t-il des droits ? La question reste ouverte. Ceci rejoint le concept de « projet parental » cité plus haut. En tout cas, ceux qui pensent que la solution est simple et sans conséquence se trompent. On le voit ne serait-ce que pour remplir les documents administratifs d'identité : qu'en sera-t-il de la filiation ? Que se passera-t-il en cas de divorce ou de séparation après conception mais avant mariage ? Effacer du droit la parité humaine dans la procréation serait-elle une révolution anthropologique comme certains le pensent ? En une époque de crise sociale et économique où les questions identitaires resurgissent, il conviendrait de bien mesurer les tenants et aboutissants des décisions à prendre. On peut noter que cela survient dans un contexte où les enfants qui ne connaissent pas leurs parents biologiques veulent à tout prix les connaître et les États n'ont plus les moyens de garantir l'anonymat des donneurs de gamètes. Le contexte sociétal a également changé puisque les enfants en France sont élevés dans la moitié des cas par des personnes seules, des femmes le plus souvent, des hommes parfois.

### **De la question de la modification volontaire du corps**

La seconde limite de la définition de la personne humaine dans l'axiome premier tel que je le propose est la question de la modification du corps. Dans ce domaine on distinguera le soma du germen. Le soma est l'ensemble des cellules somatiques d'un individu. Le germen est l'ensemble des cellules reproductrices du même individu. On peut par exemple modifier les cellules somatiques d'une personne pour guérir une maladie en modifiant certains gènes. C'est un progrès formidable. On est en mesure également de modifier le capital génétique des gamètes (cellules du germen) pour éviter la transmission de maladies héréditaires. De nouveaux ciseaux moléculaires dénommés CRISPR-Cas9 pour l'édition du génome ont été mis au point récemment. C'est une découverte extraordinaire. Les généticiens ont parlé de CRISPR-Cas9 comme d'une révolution biologique ; maintenant cet outil a encore été perfectionné ; c'est CRISPR-cas12. Cette molécule, association d'une enzyme et d'une portion d'ARN capable de repérer une séquence dans l'ADN cible, offre aux scientifiques la possibilité de couper

facilement une portion précise du génome. Le coût est très faible et permet une multitude d'applications allant de la création de souris génétiquement modifiées à la correction de maladies génétiques. C'est bien sur le point de la modification du génome à des fins de création de particularités génétiques transmissibles que se posent des problèmes éthiques. L'expérience a déjà été tentée à des fins de recherche par une équipe chinoise, puis par une équipe américaine sur des embryons humains ce qui pose des problèmes éthiques. CRISPR-Cas9 n'était pas en mesure de donner des garanties de précision suffisante pour travailler sur l'embryon humain. C'est en revanche maintenant le cas de son successeur CRISPR-Cas12a. Cette nouvelle version du complexe CRISPR se révèle plus précis et spécifique que les complexes CRISPR-Cas9 et CRISPR-Cas3 précédemment utilisés. Concrètement, lorsque Cas9 est introduite dans une cellule, l'ARN auquel on l'a associé reconnaît une région spécifique du génome. Cas9 s'y fixe et y introduit une cassure destinée à inactiver le gène ciblé, à le supprimer ou à accueillir un fragment d'ADN exogène. Le problème de Cas9 est qu'elle établit des liaisons très fortes avec les nucléotides de la séquence d'ADN visée. Mais en cas d'erreur la force de cette liaison pose problème quand il ne s'agit pas de la région du génome que les chercheurs souhaitent couper. Cas12a, lui agit en multipliant des liaisons faibles. Tous les nucléotides de la séquence génétique doivent être reconnus pour qu'une fixation solide se fasse. Le chercheur qui l'utilise est donc plus sûr de découper la bonne partie du génome. Il restait encore un obstacle à l'utilisation massive de Cas12a : l'absence de molécules capables de bloquer ou moduler son activité enzymatique. C'est cette carence que les chercheurs ont comblée. La biochimiste Jennifer Doudna et ses collègues ont découvert trois protéines inhibitrices spécifiques de Cas12a, dont la plus puissante s'est révélée être AcrVA1. Les auteurs précisent que leur approche pourrait être employée pour n'importe quel autre système CRISPR. Nicole Marino et ses collègues de l'université de Californie à San Francisco ont également identifié plusieurs protéines dont l'AcrVA qui disposait, une fois encore, de la meilleure activité inhibitrice contre la plupart des variants de Cas12a. Tout ceci ouvre la voie pour de nouvelles utilisations en génétique humaine. On le voit le progrès technique avance plus vite que nous le croyons et peut-être que nous pouvons l'assimiler.

Sans aller plus loin dans les exemples, il est évident que la question du droit à modifier définitivement et de façon transmissible le capital génétique humain se pose. Est-ce prudent ? Vers quels choix allons-nous ? Va-t-on vers des enfants à la carte (des yeux bleus et

des têtes blondes, des gamètes de prix Nobel)? Qui va décider? Sur quels raisonnements fondons-nous nos décisions? La question de la prudence nécessaire pour éviter des catastrophes génétiques sera réglée un jour. Il n'en restera pas moins que la maîtrise éventuelle du destin biologique des personnes humaines et de toute l'humanité continuera à se poser. Aujourd'hui personne n'a la réponse, me semble-t-il.

Un peu plus loin dans la réflexion s'ouvre le débat avec ceux qui sont les tenants de l'homme augmenté et du transhumanisme. Je ne vais pas prolonger le débat ici, mais la seule chose que je veux dire est que cela est inquiétant. Edgar Morin : « *Nous sommes au début de l'aventure humaine alors que la menace de sa fin approche. L'humanité est encore en rodage et nous sommes déjà aux approches de la post-humanité. L'aventure est plus que jamais inconnue*<sup>(35)</sup> ».

### De la fin de vie

Dernier volet de limites du concept de personne humaine : la fin de vie. C'est une question de grande actualité. Qui peut décider de quoi? Jusqu'alors la vie était sacrée et on ne pouvait l'interrompre. De fait cela créait des situations de souffrances terribles et l'accord s'est fait sur le droit de laisser mourir dans un cadre légal précis : collégialité de décision, directives anticipées du malade, personne de confiance désignée, maladie incurable en fin de vie etc. En fait un premier tabou a été levé. En même temps des services de soins palliatifs ont été mis en place pour accompagner les patients vers l'issue fatale sans douleur et sans acharnement thérapeutique. Cette solution insuffisamment développée fait l'unanimité dans le monde médical. La question des moyens reste bien sûr posée.

Mais certains posent la question du suicide assisté. Le suicide n'est pas illégal en France, pays laïque. Mais le suicide individuel est souvent un processus violent et le droit de mourir sans souffrance est invoqué. Certains pays étrangers l'ont mis en œuvre, ce qui est difficile d'accès et onéreux pour nos compatriotes. Ceux qui freinent cette évolution sont soit des tenants du sacré soit des gens prudents face aux diverses dérives qui pourraient survenir : dérive mercantile, dérive sociale, euthanasie sur critères systématiques sans accord des personnes. En Belgique par exemple des débats sont ouverts pour savoir s'il faut pratiquer cela sur des malades

mentaux ou sur des enfants. Des articles publiés dans la presse médicale font état de nombre d'infirmières qui quittent les services qui ont de telles pratiques : cela leur devient insupportable et elles jugent le recours à ces méthodes comme excessif. Un nombre croissant de personnes quitte ce secteur parce qu'elles ne veulent pas être réduites à préparer les patients et leurs familles aux injections létales. C'est ce qu'affirme le professeur Benoît Beuselink, oncologue consultant de l'université catholique de Louvain. Il ajoute que les infirmières considèrent que les demandes d'euthanasie sont « *un fardeau impossible* » « *en complète contradiction avec leur désir initial d'administrer d'authentiques soins palliatifs aux personnes en phase terminale* ». Dans un livre « *Euthanasia and Assisted Suicide: Lessons from Belgium* », le professeur Benoît Beuselink montre comment la légalisation de l'euthanasie a corrompu la médecine belge « *en sapant les soins palliatifs* ». Pour lui, l'euthanasie constitue une « *menace réelle pour la pratique de la médecine* » et il regrette que les droits des professionnels de la santé et des établissements de santé à l'objection de conscience soient insuffisamment protégés. Il remarque que les médecins hospitaliers évitent les demandes d'euthanasie en les renvoyant aux unités de soins palliatifs, « *pensant que ces médecins sont habitués à traiter les questions de fin de vie* ». De ce fait, ce sont ces médecins des unités de soins palliatifs qui se voient obligés d'euthanasier les patients qui leur ont spécifiquement été envoyés à cette fin. Aussi, « *certaines unités de soins palliatifs ont décidé de ne plus admettre de patients s'ils avaient une demande active d'euthanasie pour empêcher leurs unités de soins palliatifs de devenir le lieu d'exécution de toutes les demandes d'euthanasie de l'hôpital* ». Le livre explique que le gouvernement, cynique, sabre les budgets des soins palliatifs au fur et à mesure que le nombre de personnes décédées par euthanasie en Belgique augmente. Si l'accès à l'euthanasie est limité par la loi aux adultes dont les souffrances sont intolérables et qui sont en capacité de donner leur consentement et aux mineurs émancipés, entre 2010 et 2015, les médecins pratiquant l'euthanasie sont passés de 954 à 2021. La loi est interprétée de façon tellement libérale que l'euthanasie est effectivement disponible à la demande et que les médecins pratiquent des injections létales sur des personnes malades, démentes et souffrant de troubles psychiques.

On le voit le débat est compliqué et le caractère inaliénable de la personne humaine est mis en cause pour des raisons d'humanité même. Enfin beaucoup d'entre nous se souviennent des tueries de masse lors des conflits du XX<sup>e</sup> siècle ; il n'est pas question d'ouvrir un tant soit peu la porte en droit à de telles expériences.

35 Morin Edgar, *La Méthode, L'identité humaine*, Paris, Éditions du Seuil, 2001, Tome 5, p. 244.

Nous n'oublions pas qu'Hitler a pris le pouvoir au terme d'un processus démocratique juridiquement fondé. On se souvient de ce qu'il est advenu des malades mentaux internés lors de la seconde guerre mondiale.

Bref, qu'a-t-on le droit de décider et qui a le droit de le faire lorsque la mort devient le recours souhaité?

En conclusion de ce commentaire sur la personne humaine telle que présentée dans l'axiome premier nous voyons qu'aux limites se situent la complexité et les contradictions exacerbées par les évolutions de la société et des connaissances scientifiques et techniques. Pour autant je pense que l'axiome présenté n'ayant pas d'alternatives crédibles et solides, reste fondé. C'est encore ce principe qui garantit au mieux aujourd'hui les droits humains et qui peut fonder philosophiquement notre politique.

### De la peine de mort

Je terminerai cette démonstration en évoquant un exemple incontournable qui concerne particulièrement les matérialistes : celui de la peine de mort.

Comment raisonner face à cette question ? La peine de mort est appliquée par les humains depuis toujours. Même encadrée par un droit démocratiquement choisi, même limitée, elle persiste dans beaucoup de pays. Dans les pays communistes, elle a toujours été pratiquée ; c'est en ceci que nous sommes directement concernés. La pensée matérialiste ne nous a pas protégés de cela faute de fondements explicites. Telle qu'exprimée dans les textes fondateurs de Marx et Engels, elle ne nous a rien dit.

Quelle justification peut-on trouver à la peine de mort ? Aucune. Elle n'est pas prophylactique : elle n'a pas valeur d'exemple et n'empêche pas les criminels de se livrer à leurs méfaits. Elle fonctionne comme un exutoire, une vengeance socialement organisée sans pour autant satisfaire les victimes et en même temps elle est la négation de tout projet de réinsertion, d'amélioration des coupables. À ce titre elle est profondément déprimante, sans espoir. Elle permet parfois de régler un problème en éliminant la personne concernée : c'est souvent l'idée qui prévaut dans les condamnations à morts politiques. Il n'y a aucun argument scientifique pour pratiquer une telle barbarie. C'est la même chose pour sa petite sœur, la torture.

Elle a été supprimée en France par Mitterrand et Badinter à l'occasion de l'arrivée de la gauche en 1981. Les communistes ont voté son abolition fort heureusement. Le passé reste le passé. En 1917 et dans les années qui ont suivi, les bolcheviks l'ont largement pratiquée. Était-ce nécessaire ? Cela leur a-t-il réussi ? Là aussi, est-ce que le communisme de guerre est une justification ? N'a-t-il pas duré trop longtemps ?

On pourrait dire que je pose cette question de façon anachronique puisque ce qui n'est pas acceptable aujourd'hui semblait l'être à l'époque. Il n'en est rien. Je donnerai un seul exemple : celui de Victor Hugo dont l'engagement contre la peine de mort date des années 1848 et qui a développé un argumentaire parfait. On a dit que le peuple voulait le maintien de la peine de mort ; les positions du républicain Victor Hugo ne l'ont pas empêché d'être très populaire et d'avoir près de deux millions de personnes à ses funérailles nationales en 1885.

En arrivant à la Chambre des pairs où il venait d'être élu<sup>(36)</sup>, cette chambre législative doit statuer en tant que Cour de Justice dédiée aux atteintes à la personne du roi. C'est l'affaire Lecomte que Victor Hugo raconte dans « *Choses vues* » consultable sur Gallica<sup>(37)</sup>. Le débat s'installe autour de ce prévenu qui est accusé d'avoir voulu attenter à la vie du roi le 16 avril 1846. Victor Hugo plaidera contre la condamnation de cet homme dont il montre qu'il n'était pas vraiment responsable de ses actes. L'homme est condamné malgré le plaidoyer de Victor Hugo et le roi ne le graciera pas.

Le 15 septembre 1848 Victor Hugo prononce un discours à l'Assemblée constituante contre la peine de mort. Il montre d'abord que le pays cache l'exécution des condamnés en la transférant de Montfaucon à la Barrière Saint Jacques ; il souligne par là que la justice ne croit plus dans le caractère exemplaire de la peine de mort. « *Vous tenez à l'exemple. Pourquoi ? Pour ce qu'il enseigne. Que voulez-vous enseigner avec votre exemple ? Qu'il ne faut pas tuer. Et comment enseignez-vous qu'il ne faut pas tuer. En tuant* ». Que deviendrait l'exemple s'il n'y a pas de spectateur ?... « *De deux choses l'une : ou l'exemple donné par la peine de mort est moral, ou il est immoral. S'il est moral, pourquoi le cachez-vous ? S'il est immoral, pourquoi le faites-vous ?... La peine de mort furtive et secrète n'est plus que le guet-apens de la société sur l'individu... Savez-vous ce qui est triste ? C'est que c'est sur le peuple que pèse la peine de mort... Il y avait*

36 Jean-Pierre Sueur, Victor Hugo au Sénat, Paris, Éditions Corsaire, 2018, 139 p.

37 Source gallica.bnf.fr

*dans un plateau de la balance l'ignorance et la misère, il fallait un contrepoids dans l'autre plateau, vous y avez mis la peine de mort... Qu'allez-vous faire? Pardieu, combattre! Détruire l'ignorance, détruire la misère! C'est ce que je veux... »*. C'était bien en 1848 qu'il prononça ces paroles. Un an après la « *Misère de la philosophie* » de Marx et au moment où paraissait à Londres le « *Manifeste du Parti communiste* ». La peine de mort est pour lui le signe spécial et éternel de la barbarie. Victor Hugo a mis tour à tour sa plume d'écrivain, son statut d'homme politique, son art oratoire au service de la cause. Tant dans ses romans<sup>(38)</sup>, poèmes, plaidoiries devant les tribunaux, discours divers au Sénat, à l'Assemblée et dans la presse, il a eu une position constante.

Je ne vois aucune raison qui puisse justifier de la part des communistes la pratique de cette peine de mort. Je peux juste éventuellement expliquer. À la Libération encore des exactions sauvages et expéditives hors jugement ont sali notre mémoire même si elles ont été relativement peu nombreuses et sur une courte durée. Cela a indéniablement existé. C'est un retard pour raison idéologique à ajouter au bilan malheureusement d'une révolution « *annexée par des forces mortifères*<sup>(39)</sup> ». Dans la Chine communiste, aujourd'hui encore, la peine de mort est en vigueur dans des proportions supérieures à celle des États-Unis qui pourtant ne sont pas une référence en la matière.

Pour conclure sur le problème de la peine de mort : rien ne la fonde sur le plan de la connaissance ni rien ne la réfute. Ce n'est pas au niveau d'une démonstration scientifique que la question se joue. C'est une pure question philosophique et seule une affirmation forte basée sur une conception structurée nous permet de faire le choix humain nécessaire. C'est une question de responsabilité éthique. Il me semble que l'axiome premier proposé plus haut répond à ce problème de civilisation.

38 Par exemple: « Le Dernier Jour d'un condamné » publié en 1829 chez Charles Gosselin.

39 Georges Politzer, « Contre Bergson et quelques autres, Écrits philosophiques, 1924-1939 », Paris, Éditions Flammarion, 2013, p. 101.

## Adoption, Procréation, pas de caricature

Par Jean Pierre Basset, militant du don de sang bénévole

Dans une "Tribune libre" de Humanité du 21/6/2019, deux "discriminations" ont été dénoncées, dans les domaines de l'adoption et de la procréation. Si pour l'adoption que la loi permet, des discriminations ont cours, pourquoi les témoignages publiés sont-ils "anonymes"? Pourquoi des couples sont-ils "découragés"? Pourquoi, à Paris "un seul couple aurait été retenu par le conseil de famille en 2016" sans qu'il n'y ait riposte? Pourquoi n'y a-t-il pas d'actions publiques accompagnées d'élus et parlementaires progressistes (si les autres ne veulent pas s'y joindre) et du soutien de la population?

Dans le 2<sup>ème</sup> domaine, la procréation assistée, la situation est totalement différente. Il est faux - et démagogique - d'affirmer qu'il y a discrimination. Dans le cadre de la loi de bioéthique actuelle l'AMP (Assistance Médicale à la Procréation) permet l'IAD (Insémination avec Donneur) pour les couples infertiles reconnus médicalement comme tels. L'AMP apporte la réponse médicale, renouvelée trois fois pour son financement par la Sécu, à une détresse médicale. L'AMP est possible car existent de rares donneuses et donneurs de gamètes (ovocytes 500/an, sperme 250/an) en France. Leur nombre ne permet pas de répondre à toutes les demandes médicales annuelles (1 600). De plus, les donneurs actuels de gamètes sont mus par la solidarité comblant une détresse médicale comme pour le Don<sup>(40)</sup> d'organes (du vivant ou mort), de tissus (du vivant ou mort), de sang ou de cellules-souches du vivant.

L'évolution de la société a fait apparaître une demande "sociétale" d'IAD à laquelle se trouve confrontée la médecine. C'est pourquoi la révision de la loi de Bioéthique porte pour une part la promesse du candidat

Macron "ouvrir la procréation assistée à toutes les femmes". C'est seulement quand cette loi sera votée qu'existera la PMA comme elle se pratique en Belgique ou Espagne. Ce qui pose des problèmes bien plus complexes que les débats médiatiques à la mode et les déclarations y afférant ne le laissent penser.

Le CCNE (Comité Consultatif National d'Éthique) y a consacré un long "AVIS" (N° 126 du 15/6/2017) dont les trois pages essentielles, 23, 24, 25, ont totalement été occultées par TOUS, gouvernement, parlementaires et médias. TOUS sans exception! Ce qui montre la volonté de dissimuler la gravité de l'enjeu. Or l'AVIS du CCNE partant de l'existant - la rareté des gamètes indique que:

- soit les gamètes seront distribuées à qui en fera la demande sans préalable médical et les besoins des couples infertiles cesseront d'être satisfaits pour leur grande majorité
- soit le nombre de fournisseurs de gamètes sera multiplié en les rétribuant et la PMA sera alors un commerce humain comme en Belgique ou Espagne.

Dans son AVIS du 2 décembre 1991 qui n'a jamais été contredit depuis, le CCNE écrivait: "*Dire que le corps humain est hors commerce ou encore hors marché, c'est formuler deux propositions complémentaires: d'une part, le corps de l'homme ou l'un de ses éléments ne peuvent être l'objet d'un contrat; d'autre part il ne peut être négocié par quiconque*". Il suffit de lire deux lignes (p 124) de l'AVIS 126 pour découvrir que la bienfaitrice Belgique achète le sperme pour les 2 000 françaises/an s'y faisant inséminer, au Danemark, sur catalogue. Ce commerce y a été légalisé.

L'AVIS du CCNE précise, haut de la page 25: "*Une fois le principe de la gratuité rompu sur les gamètes, on voit mal ce qui empêcherait de faire la même chose pour les autres produits et éléments du corps humain, y compris les organes... il existe comme le montre le marché international du sang et de ses dérivés, des gamètes, ou des mères porteuses un immense vivier de personnes qui, en raison de leurs difficultés économiques, acceptent de vendre les éléments de leur corps.*"

40 Une fois la PMA acquise, je pense que des donneurs cesseront de l'être. Aucun donneur d'un rein, d'un lobe de foie, de sang, de gamètes ou de Moelle Osseuse n'a donné pour une convenance personnelle. Mais il n'est pas impossible qu'une nouvelle forme de don "idéologique" se substitue au "don solidaire". Avec déjà l'affaire "Haemonetics" puis la Cour des Comptes qui préconise "l'indemnisation du don de Plasma" la suspicion est née chez donneurs de sang, elle va augmenter. La pléthore d'appels au don de sang sur radios et télé depuis un an signale un début de délitement. Je pense que la forme "Don" peut s'effondrer ce qui entraînerait des catastrophes sanitaires. En effet la France est l'un des rares pays au monde disposant de l'autosuffisance en produits sanguins, grâce au don éthique. L'Allemagne qui utilise les deux systèmes, éthique et commercial n'est pas autosuffisante, elle achète Globules Rouges et Plasma aux USA.

Voilà l'enjeu ! Voilà pourquoi les donneurs de sang qui connaissent cet enjeu sont opposés à la création de la PMA pour toutes les femmes, car l'ensemble de notre système éthique "y passera" pour devenir un immense marché. Dirigeants, parlementaires, élus ne devraient pas ignorer le rapport de l'OCDE "*La Bioéconomie à l'horizon 2030*", décrypté par Céline Lafontaine<sup>(41)</sup> ou "l'exploitation et la manipulation technoscientifique du vivant -humain- constitue la source de la productivité économique". Sur cette lancée la Commission Européenne a, à son tour, adopté en 2011 un "Plan stratégique pour une bioéconomie durable en Europe".

Concernant la future PMA comment peut-on ignorer que la loi de 2013 - mariage pour tous - interdit la discrimination. Une fois la PMA acquise, les couples hommes réclameront son utilisation, par la GPA. Même si la loi française ne l'institue pas, à la 1<sup>re</sup> plainte d'un couple hommes la CJUE (Cour de Justice de l'Union Européenne) imposera la non-discrimination et la GPA sera légale.

---

41 Céline Lafontaine "*Le Corps-marché: la marchandisation de la vie humaine à l'ère de la Bioéconomie*", Le SEUIL avril 2014.

---

*Les brèves des Cahiers*

---

## La pauvreté tue ; réduire la pauvreté donne la vie.

Depuis 2014, l'espérance de vie baisse outre-Atlantique. Ce sont les plus pauvres qui ont été les plus affectés, avec une augmentation des morts de désespoir, par overdose et par suicide. Pour enrayer les morts par overdose, il faudrait contrôler l'utilisation des opioïdes, des médicaments addictifs dont la prescription a explosé aux États-Unis. Or un travail<sup>(42)</sup> de l'Université de Berkeley par William H. Dow, Anna Godoy, Christopher A. Lowenstein et Michael Reich montre que les politiques contre la pauvreté ont un rôle à jouer pour enrayer les suicides. D'abord, le salaire minimum : une augmentation de 10 % du salaire minimum diminue les suicides de 3,6 % parmi les adultes avec un bac ou moins. De plus, on peut regarder les délais de mise en œuvre et on voit que les suicides commencent à diminuer exactement l'année où le salaire minimum augmente. Ce résultat est particulièrement important dans le contexte américain où la montée des inégalités a laissé les plus pauvres sur le carreau. Ainsi, les revenus des 50 % des Américains les plus pauvres n'ont pas augmenté depuis le début des années 80<sup>(43)</sup>. Par ailleurs les chercheurs montrent qu'une augmentation de 10 % de la prime pour l'emploi diminue les suicides de 5,5 % parmi les adultes. Le salaire minimum et la prime pour l'emploi ont des effets sur le bien-être psychologique, au point de pouvoir contribuer à la prévention des suicides. Puisque le salaire minimum et la prime pour l'emploi augmentent les revenus, on peut en conclure que combattre la pauvreté réduit les suicides, et que donc, à l'inverse, la pauvreté tue. La pauvreté tue particulièrement aux États-Unis parce que les politiques d'assurance sociale et d'aide aux plus défavorisés sont parmi les moins généreuses parmi les pays riches. La recherche montre que les politiques de soutien des revenus, comme le salaire minimum et la prime pour l'emploi, sont en même temps des politiques de soutien de la vie, puisqu'elles contribuent à réduire les suicides.

42 <http://irle.berkeley.edu/files/2019/04/Can-Economic-Policies-Reduce-Deaths-of-Despair.pdf>

43 [https://www.libération.fr/debats/2017/12/04/aux-etats-unis-l-etat-laisse-filer-les-inegalites\\_1614386](https://www.libération.fr/debats/2017/12/04/aux-etats-unis-l-etat-laisse-filer-les-inegalites_1614386)

## Alors que les États-Unis enregistrent la plus longue phase d'expansion de leur histoire, l'espérance de vie, est en recul.

En apparence, tout va bien. Outre-Atlantique, l'économie enregistrera mi-2019 une phase d'expansion longue de dix années, la période la plus longue de l'histoire des États-Unis, pointe le FMI. Le chômage est à un niveau le plus bas jamais atteint. Pourtant, la situation est loin d'être euphorique. L'espérance de vie, qui atteint 78 ans, y est en recul et les États-Unis se retrouvent à la 35<sup>e</sup> place mondiale. La pauvreté a diminué mais elle reste plus forte que dans les autres pays développés. Et la mobilité sociale a fortement reculé. Ces indicateurs sont inquiétants, juge le FMI. Il demande aux autorités américaines de considérer comme « *une priorité, le fait de prendre garde à l'inégalité croissante des revenus et d'améliorer les conditions sociales* ».

## Pour 78 % des Français, notre société est inégalitaire.

L'Observateur du 15 mai révèle en exclusivité les résultats du 5<sup>e</sup> baromètre annuel PEP/Kantar<sup>(44)</sup> consacré aux Français et à leur vision de notre société. Ces derniers se montrent très sévères et estiment qu'il existe un important manque d'égalité entre les citoyens. 78 % des Français considèrent la société comme « inégalitaire », dont 28 % qui l'estiment même « très inégalitaire ». À titre de comparaison, ils étaient 76 % en 2017, et la catégorie « très inégalitaire » a depuis pris 6 points. Seuls 18 % considèrent la société française comme égalitaire.

Comme les années précédentes, trois domaines se distinguent : c'est en matière d'emploi (27 %), de santé (18 %) et de logement (15 %) que les inégalités sont perçues comme les plus graves et les plus répandues. À noter que les domaines de l'accès aux services publics ainsi que des transports et des déplacements sont en

44 Méthodologie de l'étude : - Échantillon national de 1 002 personnes représentatif de la population française métropolitaine âgée de 18 ans ou plus. - La représentativité de cet échantillon est assurée par la méthode des quotas (sexe, âge, profession de la personne de référence, région et catégorie d'agglomération). - Enquête réalisée en ligne. - L'étude s'est déroulée du 17 au 20 décembre 2018.

progression cette année. Les personnes souffrant d'un handicap, les pauvres, et les habitants de zones rurales isolées sont également considérés victimes d'inégalités. L'égalité entre les citoyens est citée comme le principe républicain le plus important aux yeux des Français, devant la liberté d'expression et la laïcité, qui recule cette année. La laïcité demeure un élément important de l'identité du pays pour 84 % des Français mais il n'existe toujours pas de consensus sur sa définition. Ainsi, si 20 % considèrent qu'elle doit permettre la liberté de culte et de conscience, 8 % pensent plutôt qu'elle consiste à interdire le port de signes religieux dans les lieux publics. Autre enseignement de ce sondage, qui prend cette année une dimension européenne, les Français sont très partagés à propos de leur vision de l'Europe et sa construction. Une majorité (38 %) y voit une belle promesse « même si tout n'est pas satisfaisant », mais un quart des sondés la considèrent comme un beau projet auquel ils ne croient plus vraiment. En attendant, 61 % des Français se considèrent toujours comme citoyens européens. Concernant l'accueil des migrants, 72 % considèrent que l'Union européenne doit s'assurer que les États membres coopèrent et se soutiennent mutuellement. Les mesures visant à soutenir l'intégration des immigrés sont approuvées par les trois quarts des Français. Dernier enseignement de ce sondage : une majorité (68 %) considère que la société française ne correspond pas à la définition de « société inclusive », c'est-à-dire une société « sans privilège, qui a le souci d'intégrer tous ses membres ».

### **Le patrimoine cumulé par les 14 milliardaires français a progressé de 78 milliards de dollars depuis le 31 décembre 2018, selon le dernier classement Bloomberg.**

Un record : la richesse cumulée des 14 milliardaires français figurant dans le Top 500 mondial de Bloomberg s'est accrue de 34,8 % depuis le 31 décembre 2018. Ces « premiers de cordée » ont cumulé une croissance de leur patrimoine de 78 milliards de dollars (68,8 milliards d'euros). Une hausse bien plus forte que celle enregistrée dans tous les autres pays. Elle est même légèrement supérieure à celle des grandes fortunes thaïlandaises (+ 32,7 %) et singapourienne (+ 30,8 %). Avec 23 %, le Danemark clôt le Top 5 mondial de la croissance

derrière le Japon (+ 24,2 %). Cette croissance française est deux fois plus importante que celle des plus riches des Chinois (+ 17 %). Quant aux Américains, ils feraient presque pâle figure avec seulement 15 % de hausse. Cet indice des milliardaires de l'agence Bloomberg est défini selon l'évolution de leurs actifs industriels cotés ou publics. Ce classement toutefois exclut les pays dont le nombre de milliardaires est insuffisant pour être significatif. C'est notamment le cas au Nigeria avec Aliko Dangote dont la fortune a crû de 16,8 milliards de dollars (soit 60 %) en 2019. Le secret de la première place des fortunes françaises dans ce classement s'explique par les activités dans laquelle celles-ci sont investies : le luxe et les cosmétiques, deux activités dont le succès mondial la valorisation en Bourse ne se démentent pas. Le patrimoine cumulé de Bernard Arnault devenu la seconde fortune mondiale (LVMH), François Pinault (Kering) et Françoise Bettencourt Meyers (L'Oréal) a progressé de 53 milliards de dollars depuis le début 2019.

### **Les multinationales redirigent 36 milliards d'euros de bénéfices vers des pays à très faible taxation.**

Les grands groupes multinationaux utilisent toutes les possibilités qui leur sont offertes pour réduire au maximum leur impôt. Et ce, quitte à aller contre l'esprit de la loi fiscale. D'après une étude publiée en juin par le Centre d'études prospectives et d'informations internationales (Cepii, qui dépend de Matignon), quelque 36 milliards d'euros de profits s'évaporent ainsi vers les paradis fiscaux et autres pays « à faible taxation ». Soit l'équivalent de 1,6 % de PIB qui échappe au fisc français. La perte sèche pour les finances publiques est conséquente : environ 14 milliards, soit 29 % des recettes de l'impôt sur les sociétés, selon l'économiste Vincent Vicard, qui a réalisé l'étude. Ce manque à gagner recouvre le phénomène d'« évitement fiscal », qui ne se résume pas à de la fraude. Pour retrouver ces profits échappant aux radars, l'économiste a exploité les données de la Banque de France. Ces données brutes permettent déjà de découvrir qu'un tiers des groupes français détiennent des filiales dans des pays où les impôts sont bas et succursales « concentrent une part disproportionnée des profits des groupes français », ce qui laisse supposer qu'elles y placent des bénéfices de façon artificielle selon Vincent Vicard. Ce phénomène n'a pas toujours existé mais

il a pris de l'importance depuis vingt ans. En 2001, l'évitement fiscal s'élevait à environ 1 milliard d'euros de recettes d'impôts perdues, puis à 13 milliards en 2008, avant de dépasser les 30 milliards en 2013. Une évolution qui s'explique. Durant la dernière décennie, beaucoup d'États ont baissé leur taux d'impôt sur les sociétés quand la France a maintenu le sien à 33,33 %. Le tout, au moment même où les investissements directs à l'étranger des multinationales s'envolaient de par le monde. Négociations en cours Ces éléments éclairent les motivations des pays développés et en développement qui mènent actuellement des discussions dans l'enceinte de l'OCDE pour revoir les règles de la fiscalité internationale. L'un des objectifs de la réforme en gestation est de lutter contre, justement, « l'évitement fiscal », notamment en instaurant un taux de taxation minimum des profits.

## À propos de la loi PMA et des problèmes de filiation

La loi de bioéthique en ouvrant la PMA aux couples de femmes bouleverse le Code civil. Au centre des attentes des partisans de la PMA pour toutes et au cœur des craintes des « anti », le débat sur la filiation commence déjà à ressurgir. Ce débat sur la filiation, c'est celui de l'évolution d'une filiation biologique, ou en référence à la biologie, vers une filiation d'intention. « *Pour la première fois en droit français, il faudra dissocier radicalement les fondements biologiques et juridiques de la filiation d'origine en prévoyant une double filiation maternelle* », a résumé le Conseil d'État. Escamoter toute référence paternelle à l'état civil, c'est nier le rôle de l'homme, du père, et casser la lignée de la filiation. Les opposants à la PMA parlent d'une pseudo-filiation et disent que l'enfant qui grandit au sein d'un couple de femmes a une mère et une belle-mère. Il est élevé et aimé par deux femmes mais il n'a pas deux mères. À l'inverse, pour l'association SOS Homophobie, cette refonte de la filiation ne s'apparente pas à une révolution. « *L'ouverture de la PMA à toutes les femmes représente avant tout la fin d'une discrimination. C'est une mesure d'égalité dans le droit à devenir parent. Nous souhaitons simplement que le mode de filiation choisi s'applique à tous les enfants sans discrimination* », avance sa vice-présidente, Véronique Godet. Pour ou contre le projet de loi, la réécriture du Code civil - et plus précisément du titre 7 du livre I sur la filiation - constituerait un « changement en profondeur » de notre droit, explique le juriste Jean-René Binet, professeur à la faculté de droit de Rennes. Ce dernier « comporte de

nombreuses références à la vraisemblance de la filiation qui devraient être réécrites pour s'adapter à la co-maternité ». « *Admettre dès la naissance une double filiation maternelle rendrait caduque une partie de notre droit, met en garde la juriste Aude Mirkovic, de l'association Juristes pour l'enfance. Cette filiation déconnectée de toute référence à l'engendrement ne renverrait plus l'enfant à ses origines mais à des responsables légaux qui deviennent parents simplement parce qu'ils le souhaitent.* » Une crainte vulgarisée par la polémique sur le remplacement des termes « père » et « mère » par « parent 1 » et « parent 2 ». « Un système stigmatisant », « Cette réforme de la filiation risque aussi de bouleverser la présomption de paternité », poursuit la juriste. Aujourd'hui, quand un enfant naît dans un couple marié, le mari est automatiquement considéré comme le père. Cette notion pourrait-elle être étendue aux couples de femmes et se transformer en présomption de co-maternité pour l'épouse de la mère ? C'est en tout cas une des pistes du futur projet de loi. « *Dans ce contexte, comment va-t-on justifier les actions de recherche en paternité devant la justice ? Interroge Aude Mirkovic. Si on considère que c'est le projet parental qui permet de devenir parents, il va devenir difficile d'imposer leur paternité aux hommes qui ne veulent pas l'assumer...* ». Droit à avoir un enfant ou droit de l'enfant ? La question est posée.

## Au Royaume-Uni « le crédit universel vous ronge jusqu'à l'os »

Dans un article du Monde du 23 mai, Patrick Butler critique l'allocation universelle unique nouvellement mise en place. Censée simplifier l'aide sociale, cette allocation unique a entraîné dettes et arriérés de loyer, et fragilisé des millions de Britanniques. Instaurée en 2013 par David Cameron, elle était destinée à faire entrer le système d'aide sociale du Royaume-Uni dans le XXI<sup>e</sup> siècle. Cette nouvelle prestation numérique fusionne en un seul versement mensuel six allocations distinctes. Le système devait être plus efficace et en même temps inciter les bénéficiaires à préférer le travail aux allocations, ou à travailler davantage d'heures. Pas de retour en arrière possible. En réalité, conjugué aux mesures d'austérité drastiques imposées depuis 2010, ce nouvel outil a aggravé les problèmes d'un précaire florissant – ces millions de Britanniques qui n'arrivent simplement pas à joindre les deux bouts, même s'ils ont un emploi.

L'attente de cinq semaines au moins pour un premier versement d'allocations – censée familiariser les bénéficiaires, habitués à un paiement hebdomadaire ou bimensuel, au principe d'un budget mensuel – a entraîné des dettes, des arriérés de loyer et conduit des dizaines de milliers de personnes aux banques alimentaires. Cette expérience a aussi miné la confiance dans l'État-providence. Le gouvernement a tenté d'atténuer les effets négatifs de la complexité du système du crédit universel, par exemple par des prêts anticipés pour les nouveaux titulaires et la réduction des délais de paiement. Mais il se passe rarement une semaine sans qu'on signale de nouvelles difficultés. Pour le rapporteur spécial des Nations unies sur la pauvreté, Philip Alston, ce système, « bien que constituant initialement une amélioration potentiellement majeure, est rapidement tombé dans le discrédit universel ». Les milliards de livres de réductions dans l'aide sociale – y compris un gel de quatre ans du niveau des allocations – ont démenti l'idée avancée par le gouvernement que personne ne verrait sa situation se détériorer avec le crédit universel. Selon l'Institute for Fiscal Studies, un *think tank* respecté, 1,6 million de personnes sont mieux loties sous le crédit universel, mais près de 2 millions d'autres perdent plus de 1 000 livres par an, les personnes handicapées étant les plus touchées. Sur le plan politique, tout cela s'avère extrêmement problématique. Des millions de personnes vont devoir passer au crédit universel dans les années qui viennent, un régime devenu le symbole redouté de l'austérité, de l'éloignement de l'État et de la précarité de la vie au bas de l'échelle des revenus. En France certains proposent le revenu universel : cela devrait les conduire à réfléchir à deux fois avant de s'aventurer dans une telle mécanique d'austérité.

## **Depuis longtemps nous défendons l'idée d'étendre la vaccination contre le cancer du col : combien d'années perdues et de vies brisées maintenant ?**

Selon une méta-analyse publiée dans « The Lancet » incluant les données de 14 pays et de 60 millions de personnes, les programmes de vaccination contre le HPV sont efficaces pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Voilà une réponse à ceux qui freinent ces programmes de vaccination. Cette méta-analyse montre que les

programmes de vaccination contre le HPV sont efficaces pour réduire le nombre d'infections, les condylomes anogénitaux et les lésions précancéreuses CIN2+. Les programmes de vaccination contre le papillomavirus (HPV) ont commencé à voir le jour en 2007 à travers le monde. L'étude réunit les données de 14 pays à haut revenus, dont l'Australie, le Canada, l'Italie, l'Allemagne et les États-Unis. La France n'a pas été intégrée, car les données disponibles ne remplissaient pas tous les critères d'admissibilité.

Cette méta-analyse est une mise à jour d'une revue systématique publiée en 2015 par la même équipe, bénéficiant d'un recul de 4 ans post-vaccination HPV. « *Les résultats étaient déjà très positifs, mais nous manquions de données pour évaluer l'impact de la vaccination sur les lésions précancéreuses du cancer du col de l'utérus* », explique au Quotidien du médecin Mélanie Drolet (Québec), premier auteur de l'étude. La prévalence de l'infection au HPV 16 et 18 a diminué de 83 % chez les 13-19 ans et de 66 % chez les 20-24 ans, et les lésions CIN2 + ont diminué de 51 % chez les filles dépistées de 15-19 ans et de 31 % chez les 20-24 ans.

Les garçons non vaccinés ont eux aussi tiré un bénéfice des programmes destinés aux filles grâce à l'immunité de groupe : le nombre de cas de condylomes anogénitaux a notamment baissé de 48 % chez les 15-19 ans. « *Actuellement, plusieurs pays ont intégré la vaccination des garçons, comme l'Australie, les États-Unis et le Canada, mais ce n'était pas le cas au moment de notre étude* ». En France, l'extension de la vaccination à tous les garçons est en cours de discussion par la Commission technique des vaccinations de la Haute autorité de santé. À ce jour, la vaccination est recommandée chez les filles de 11 à 14 ans et en rattrapage jusqu'à 19 ans révolus, chez les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes jusqu'à 26 ans et chez les personnes immunodéprimées. Les modalités de vaccination sont très variables d'un pays à l'autre. Certains pays choisissent de ne vacciner que les filles de 12 ans chaque année, d'autres mettent en place des campagnes de rattrapage. Par exemple, les femmes peuvent être vaccinées jusqu'à 26 ans en Australie et 14 ans au Québec. Les bénéfices les plus importants ont été rapportés dans les pays à forte couverture vaccinale, proposant la vaccination à plusieurs groupes d'âge, avec des campagnes de rattrapage. « *C'est le cas de l'Australie, du Canada, du Royaume-Uni et du Danemark* » liste Mélanie Drolet. « *Les résultats sont si prometteurs dans ces pays qu'ils permettent d'envisager l'élimination du cancer du col de l'utérus d'ici une dizaine d'années, si la couverture vaccinale est maintenue* ». Selon des estimations

présentées dans « *The Lancet Public Health* », l'Australie pourrait éliminer le cancer du col de l'utérus d'ici à 2028.

Combien de temps faudra-t-il encore en France pour que cette vaccination onéreuse devienne systématique et gratuite ?

## Homéopathie : pourquoi la HAS a rendu un avis « défavorable » au maintien du remboursement

L'homéopathie ne devrait plus être remboursée par la Sécurité sociale car son efficacité est « *insuffisante* », a jugé la Haute autorité de santé (HAS) dans son avis rendu public. « *Au terme de la première évaluation scientifique française de ces médicaments, la commission de la transparence rend un avis défavorable à leur prise en charge par l'assurance maladie* », précise la HAS. La décision finale revient au gouvernement. La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, a affirmé à plusieurs reprises qu'elle suivrait l'avis de la HAS pour sa décision finale. Quand ?

Après neuf mois de travail, la commission de la transparence de la Haute autorité de santé (HAS) a donc rendu son jugement définitif, après une phase contradictoire avec les trois laboratoires concernés (Boiron, Weleda et Lehning). La HAS s'est expliquée pour la première fois sur sa méthode scientifique. L'évaluation a porté sur 1 163 médicaments homéopathiques, actuellement remboursables à 30 %, c'est-à-dire les médicaments à nom commun, commercialisés sous leur nom latin et qui se présentent généralement en tubes doses ou granules (gelsemium, influenzinum, arnica...). Ont été exclus de l'évaluation de la HAS les médicaments homéopathiques à nom de marque (Oscillococcinum, Arnigel, Cocculine...), bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, qui n'ont jamais été inscrits au remboursement. La HAS a rendu son avis « *en prenant en compte leur efficacité et leurs effets indésirables, leur place dans la stratégie thérapeutique, notamment au regard des autres traitements disponibles et la gravité des affections auxquelles ils sont destinés et leur intérêt pour la santé publique* ». La méthode a consisté à analyser des données cliniques et les informations disponibles dans des situations thérapeutiques identifiées selon les principes de l'*Evidence Based Medicine*. Au

total, elle a dépouillé « *plus de 1 000 études* » publiées sur les médicaments homéopathiques avant d'en retenir 37 (analysées dans leur intégralité), puis seulement 37 « *suffisamment pertinentes* » (21 revues systématiques de la littérature et méta-analyses, 10 essais contrôlés randomisés, 6 études d'impact de santé publique). La HAS a identifié des données scientifiques pour 24 « *affections et symptômes traités* » regroupés par aire thérapeutique – arthrose, saturnisme, céphalées et migraines, syndrome de la fatigue chronique, troubles de l'anxiété... Au final, pour l'ensemble de ces 24 affections et symptômes, la HAS a conclu à une « *absence de preuve de l'efficacité de ces médicaments dans les études scientifiques (soit parce que les études présentaient des biais méthodologiques importants ne permettant pas de retenir leurs conclusions, soit parce que l'efficacité observée était comparable à celle du placebo)* », à une « *absence d'étude robuste permettant d'évaluer l'impact des médicaments homéopathiques sur la qualité de vie des patients* », à une « *absence d'impact attribuable aux médicaments homéopathiques sur la consommation d'autres médicaments, la diminution du mésusage, le nombre d'hospitalisations, les retards à la prise en charge ou sur l'organisation des soins* » ou encore à la « *non-nécessité de recourir systématiquement à des médicaments classiques ou homéopathiques pour traiter des pathologies sans gravité ou qui guérissent spontanément* ».

Le Pr Dominique Le Guludec, présidente de la HAS, a toutefois tenu à rappeler « *le message de respect pour les personnes qui utilisent l'homéopathie* ». « *C'est leur expérience et c'est respectable. Il n'est pas question de contester cette expérience. Notre mission est de dire si l'efficacité des médicaments homéopathiques est suffisante pour justifier le remboursement par la collectivité* », a-t-elle précisé. Elle a assuré que « *l'évaluation a été effectuée de façon rigoureuse dans un esprit scientifique sans a priori et sans dogmatisme* ». Au-delà de l'évaluation, la HAS a souligné que « *le recours à l'homéopathie ne doit en aucun cas retarder la prescription de soins nécessaires lorsque la prise en charge s'impose notamment pour les maladies sévères et évolutives* ». « *Nous souhaitons sensibiliser les prescripteurs et les patients sur le fait que toute situation clinique ne nécessite pas forcément une prescription médicamenteuse. Notre objectif est de sortir de la culture du tout médicament et de savoir recourir aux approches préventives ou thérapeutiques non médicamenteuses* ».

## L'accroissement du nombre de médecins exerçant en centre de santé montre l'intérêt de ceux-ci pour ce mode d'exercice.



**Le gouvernement n'a toujours pas pris la mesure des besoins de la population en médecins.**

L'arrêté fixant le nombre de postes à pourvoir pour les internes en 2019-2020 a été publié le 21 juillet au « Journal Officiel ». Au total, 8 507 postes sont mis au choix des étudiants du 3<sup>e</sup> cycle des études médicales (CESP inclus) dans les 44 spécialités filiarisées et les 28 subdivisions contre 8 617 en 2018, soit une baisse de 110 postes. Plus précisément, parmi les 8 728 candidats classés lors des épreuves classantes nationales informatisées (ECNi) 2019, seuls 8 510 seront autorisés à suivre la procédure d'affectation (166 candidats ont été invalidés et 52 étudiants de l'école de santé des armées réaliseront leur choix selon une procédure spécifique) du Centre national de gestion (CNG). « Il est normal que le nombre de postes offerts soit inférieur au rang du dernier candidat classé. Tous les étudiants ayant participé aux épreuves et validé le deuxième cycle obtiendront un poste », note le CNG dans son mode d'emploi.

**38 % des postes en médecine générale soit 53 généralistes formés en moins cette année : c'est ahurissant !**

Dans le détail, 843 places (hors CESP) sont à pourvoir dans les 13 spécialités chirurgicales. La chirurgie thoracique et cardiovasculaire est la grande gagnante. Elle offre 25 postes contre 19 en 2018, soit 6 postes supplémentaires. En revanche, l'ophtalmologie accuse la plus forte diminution de postes de ce cru 2019. Elle passe de 150 à 140 places (-10), soit une baisse de 6,7 %. Du côté des spécialités médicales, 7 335 postes (hors CESP) sont à pourvoir dans les 30 disciplines. Globalement, l'ensemble des spécialités perdent quelques postes. La baisse est relativement sensible en médecine générale où 3 215 places sont disponibles cette année contre 3 268 en 2018 (-53). Toutefois, en volume, cette spécialité reste la plus représentée avec 38 % de l'offre. Elle devrait être à au moins 50 % des postes offerts pour répondre aux besoins de la population. La gériatrie enregistre aussi une baisse de ses effectifs avec 192 places (-7 postes), suivie de la médecine et santé au travail avec 123 places (-6). La pédiatrie compte 325 postes (-5) et la radiologie et imagerie médicale 249 postes (-5). La spécialité de biologie médicale est moins bien lotie qu'en 2018 : 105 postes sont mis au choix (-6).

## Cannabis thérapeutique : vers une expérimentation de l'usage dans 5 indications

Ce n'est pas une affaire anodine. Nous n'avons jamais vu le corps médical réclamer l'usage thérapeutique. Mais des « usagers », des associations soutenues par les médias ont mis cette question du cannabis thérapeutique en haut de la pile des préoccupations des pouvoirs publics. Bizarre. Pourquoi? On le saura plus tard. Banalisation de l'usage du cannabis? Sur les recommandations favorables de son comité *ad'hoc*, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) va mettre en place une expérimentation de deux ans sur la mise à disposition de cannabis thérapeutique dans 5 indications: douleurs réfractaires aux thérapies, épilepsies sévères et pharmacorésistantes, soins de support en oncologie, spasticité douloureuse liée à la sclérose en plaques et situations palliatives. Les médecins de ville pourront être impliqués dans cette expérimentation, en relais des médecins de référence dans ces pathologies, à condition d'avoir suivi une formation spécifique en ligne. Un registre de suivi devra obligatoirement être renseigné pour que la dispensation des produits puisse avoir lieu en pharmacie. En France, le cannabis est considéré comme un stupéfiant dont la détention et l'usage sont interdits (loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970). Néanmoins, en 2013, un décret a modifié le Code de la santé publique pour permettre à des médicaments à base de cannabis et de ses dérivés d'être mis sur le marché (décret n° 2013-473 du 5 juin 2013 modifiant les dispositions de l'article R. 5132-86 du Code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés).

Aujourd'hui, deux spécialités à base de cannabis existent, mais sont peu ou pas utilisées: c'est dire le manque d'intérêt qu'elles présentent: le SATIVEX (nabiximols) qui faute d'accord sur le prix entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et le laboratoire Almirall détenteur de ce produit, n'est actuellement pas commercialisée en France et le MARINOL (dronabinol) qui est accessible depuis 2003 sur prescription hospitalière dans le cadre d'une autorisation temporaire d'utilisation; cet analogue synthétique d'un extrait du cannabis est peu utilisé (sur la période 2006-2013, 508 ATU nominatives ont été octroyées, dont 70 % contre des douleurs neuropathiques).

En novembre 2018, le Comité Éthique & Cancer, saisi par une patiente, a émis un avis dans lequel il dit *"ne (pouvoir) identifier de raison de s'opposer à l'usage du cannabis par des malades qui disent en tirer un bénéfice, quand bien même ce bénéfice n'est pas démontré selon les méthodologies scientifiques les plus rigoureuses"*. De plus, ce Comité recommande que *"pour ces malades, l'accès au cannabis ou à ses substances actives puisse se faire sous une forme leur permettant d'éviter de le fumer, afin de ne pas être exposés aux effets délétères de ce mode de consommation. Il (convient) également que cet accès puisse être encadré par les autorités de santé"*.

Parce que la question de l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques se pose aux autorités de santé, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a créé, en septembre 2018, un Comité scientifique spécialisé temporaire (CSST) dénommé *"Évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France"*. Dans un premier temps, ce comité a évalué la pertinence et la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France dans le traitement de certaines pathologies ou certains symptômes de pathologies, analysé les expériences d'autres pays l'ayant déjà mis en place et fait un état des lieux de la réglementation nationale et internationale sur le sujet. En décembre 2018, le CSST a rendu ses conclusions et il estime, *"qu'il est pertinent d'autoriser l'usage du cannabis à visée thérapeutique pour les patients dans certaines situations cliniques et en cas de soulagement insuffisant ou d'une mauvaise tolérance des thérapeutiques, médicamenteuses ou non, accessibles (et notamment des spécialités à base de cannabis ou de cannabinoïdes disponibles)"*. Considérant les risques pour la santé, le CSST a exclu la voie d'administration *"fumée"* pour le cannabis à visée thérapeutique. Le Comité a également souhaité qu'un suivi des patients traités soit mis en place sous forme d'un registre national pour assurer une évaluation de son bénéfice/risque, et qu'une évaluation des effets indésirables soit régulièrement faite par les réseaux de pharmacovigilance et d'addictovigilance. Fin décembre 2018, l'ANSM a souscrit aux premières conclusions du CSST et s'est donc prononcée favorablement sur l'utilisation du cannabis à visée thérapeutique dans certaines indications. De plus, dans un premier temps, elle a proposé que l'accès à cet usage fasse l'objet d'une expérimentation. L'objectif principal de cette phase expérimentale est d'évaluer, en situation réelle, les recommandations du Comité en matière de conditions de prescription et de délivrance, et l'adhésion des professionnels de santé et des patients à ces conditions. Le calendrier de mise en œuvre de la

phase expérimentale comprendra 6 mois de mise en place, 6 mois d'inclusion des patients, 6 mois de suivi des patients avec remise d'un rapport intermédiaire et 6 mois d'analyse des données. Cette évaluation sera menée par un comité scientifique pluridisciplinaire composé notamment de représentants des patients. Ce comité sera chargé de l'analyse des données du registre, du suivi régulier des données de sécurité et de la rédaction des rapports d'étude. L'ANSM s'est engagée à préparer dès à présent les modalités techniques de mise en œuvre de l'expérimentation, avec les différents services de l'État concernés.

Cette façon de faire, ultrarapide, sans études de phase 1 à 4 comme pour les autres médicaments, sans participation des spécialistes scientifiques, avec des médecins formés à la va-vite sur internet et l'engagement de l'ANSM à préparer la mise en œuvre rapide du processus interroge. Comme si la décision était prise avant la réflexion...

## Déserts médicaux: 6 indicateurs qui pourraient améliorer le zonage des ARS

Une étude menée en Ile-de-France par l'Irdes et l'Observatoire régional de santé (ORS) s'est penchée sur de nouveaux indicateurs qui pourraient permettre un calcul plus précis des besoins d'accès au médecin généraliste. Actuellement, le zonage des ARS est défini selon un même indicateur national: l'accessibilité potentielle localisée (APL). Les chercheurs mettent en avant l'intérêt de décliner des méthodes de calcul différenciées de ces zones dépourvues de médecins généralistes selon les spécificités de chaque territoire. L'APL mesure prend en compte le temps d'accès au praticien, l'activité et le nombre de consultation de chaque médecin et la demande de soins par rapport à l'âge de ses habitants. Le focus de l'étude a été réalisé sur l'Ile-de-France. « *Parce qu'elle est globale et nationale, elle (la méthode actuelle) peut lisser ou gommer certaines caractéristiques propres à une région comme l'Ile-de-France, très fortement urbanisée, particulièrement dense, multipolarisée et socialement clivée* », indiquent les auteurs.

L'étude a notamment identifié 6 indicateurs qui permettraient d'affiner le zonage en Ile-de-France

en se basant sur une méthode tirée de la littérature internationale. Les voici :

1. Indicateur géographique: Le passage d'un indicateur communal à une échelle infracommunale avec un maillage de 200 mètres modifierait les résultats et permettrait de mettre en évidence des différences d'accessibilité non plus par commune mais par quartier.

2. Indicateur d'activité des praticiens: Les médecins sont de plus en plus nombreux à choisir un exercice mixte, multisites ou à temps partiel. Le calcul du zonage doit en tenir compte selon l'étude. Les volumes d'offre de soins varient ainsi notablement si on prend en compte ces évolutions. C'est notamment le cas à Paris où l'offre varie de 1 400 à 830 médecins si on tient compte de leur activité.

3. Indicateur social: Prendre en compte l'âge de la population et sa situation sociale fait évoluer les résultats selon l'étude. Par exemple, les besoins d'accès aux soins augmentent de respectivement 4 et 2 % à Paris et dans les Hauts-de-Seine si on prend en compte l'âge des habitants; l'intégration d'un indicateur de dimension sociale fait augmenter de 9 % les besoins en médecin généraliste en Seine-Saint-Denis.

4. Indicateur de mobilité: Les modes de transport en Ile-de-France sont très variables. L'usage de la voiture pour se rendre sur le lieu de soins varie par exemple de 9 % à Paris à 30 % dans les communes denses de la petite couronne voire à 84 % dans les agglomérations les plus éloignées de la Grande couronne. Prendre en compte la « multimodalité » des déplacements permet d'affiner localement de diagnostic d'accès aux soins selon les auteurs.

5. Indicateur de proximité des autres généralistes: Il s'agit de l'indicateur qui modifie le plus le diagnostic territorial. Prendre en compte les offres alternatives en médecine générale potentiellement disponibles aux alentours modifie sensiblement les résultats.

6. Indicateur de complémentarité avec les autres spécialistes: Un déficit de médecin généraliste n'a pas le même impact en fonction de l'offre alternative existante en médecins de premier recours (gynécologues, pédiatres ou psychiatres) qui existe en parallèle. Si l'accès à ces spécialistes est pris en compte, les besoins d'accès aux soins sont profondément modifiés selon l'étude.

Reste à savoir si les pouvoirs publics souhaiteront s'emparer de cette étude afin de faire évoluer la méthode actuelle de définition du zonage (APL), utilisé depuis fin 2017. Depuis plusieurs mois, certains professionnels de santé ont fait remonter des dysfonctionnements dans les cartes actuelles. Certes, cette méthode peut améliorer la connaissance de la situation mais la pénurie de médecins

reste majeure et la question qui se pose est la suivante : quand va-t-on augmenter de façon importante le nombre de médecins en formation ? Nous sommes toujours aux environs de 8 000 médecins formés là où l'Europe nous conseille d'en former 12 000 !

## **Ebola en République Démocratique du Congo : l'OMS déclare l'état d'urgence internationale**

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'actuelle épidémie Ebola à l'est de la République Démocratique du Congo (RDC) constitue « *une urgence de santé publique de portée internationale (USPPI)* ». La confirmation d'un cas d'Ebola (un pasteur décédé) à Goma, une ville de 2 millions d'habitants situé à l'est du pays (avec la crainte de la propagation de la maladie), a été un des arguments pour l'OMS d'activer la procédure d'urgence pour la cinquième fois depuis 2009, indique l'AFP. Depuis le début de la déclaration de l'épidémie, il y a un an, le 1er août 2018, on compte 1 700 décès, selon le dernier bulletin du ministère de la Santé. « *Il est temps que le monde entier prenne note de la situation et redouble d'efforts. Nous devons œuvrer ensemble en solidarité avec la RDC pour mettre fin à cette flambée et bâtir un meilleur système de santé* », a indiqué le Dr Tedros, directeur général de l'OMS. D'après l'AFP, le Pr Yves Levy, ancien Directeur Général de l'Inserm et mari d'Agnès Buzyn, va se rendre en RDC en tant qu' « *envoyé spécial* », chargé d'apporter son aide et son expérience aux autorités sanitaires locales. Selon le ministère des Affaires étrangères, le Pr Lévy conduira cette mission à titre bénévole. La France n'a apporté aucun engagement financier à l'OMS pour aider à la lutte contre l'épidémie Ebola en RDC ! Les pays occidentaux pensent qu'Ebola est réservé aux pays pauvres et qu'ils ne seront pas touchés.

## **L'Assurance maladie veut promouvoir des "pôles hospitaliers ambulatoires" en médecine : toujours la même idée de contraindre le réel des besoins par le régime austéritaire**

Selon Hospimédia s'il a eu lieu en chirurgie, le virage ambulatoire a viré à l'échec en médecine avec même parfois des effets contre-productifs. Ce constat, implacable, c'est l'Assurance maladie qui le dresse sans remettre en cause ses fondamentaux. Pour "changer de modèle", elle mise donc sur la création de "pôles hospitaliers ambulatoires" en médecine et leur confère un financement modulaire de contrainte. Dans son projet de rapport annuel dit "Charges et produits" pour 2020, la Caisse nationale d'assurance maladie émet 34 propositions d'actions pour réaliser 2,07 milliards d'euros d'économies là où il faudrait investir. Les postes sur lesquels elle propose d'agir ciblent par ordre décroissant d'importance : la maîtrise médicalisée (médicaments, dispositifs médicaux, génériques) ; les protocoles de régulation (biologie et imagerie) ; le recours soutenable aux produits de santé ; la lutte contre la fraude et les abus en ville et à l'hôpital ; la chirurgie ambulatoire ; les dispositifs d'intéressements en ville ; les transports sanitaires ; la maîtrise médicalisée des prescriptions paramédicales ; la gestion de la liste en sus... À ce listing, l'Assurance maladie ajoute une série de propositions complémentaires (33 exactement) pour accroître la qualité et l'efficacité à court ou moyen terme. Elle recommande notamment d'expérimenter la mise en place de pôles hospitaliers ambulatoires s'appuyant sur un financement substitutif pour accélérer le virage ambulatoire en médecine. Pas un mot sur la crise des urgences hospitalières ?

Il faut savoir que l'activité d'hospitalisation complète a augmenté entre 2000 et 2012 tandis que les capacités sont demeurées globalement stables. Deux explications sont mises en avant : l'essor du développement de l'hospitalisation partielle a eu un effet beaucoup moins important, suggérant qu'une partie de cette activité ambulatoire n'est pas substitutive à des hospitalisations complètes, comme c'est le cas en chirurgie, mais plutôt additive ; le taux de recours à l'hospitalisation en médecine n'a cessé d'augmenter, passant durant ces mêmes douze années de 10 800 à plus de 13 000 séjours pour 100 000 habitants (+25 %). Certes, la durée moyenne des séjours a connu une baisse non négligeable, comme d'ailleurs pour la chirurgie, mais elle n'a permis que d'amortir les effets de l'augmentation du taux de recours. Il résulte de

tout cela une intensification des séjours et de l'activité des services de médecine, et de facto de la charge de travail des personnels. Sans compter que depuis 2013, la dynamique de développement de l'ambulatoire s'est même enrayée en médecine, glisse la Cnam, qui parle d'un "coup d'arrêt important" à compter de 2014. La conséquence est double : un développement encore plus ralenti de l'hospitalisation partielle ; un net recul du nombre de places.

*"Cette situation contrastée souligne d'un côté le succès réel des diverses politiques incitatives à l'ambulatoire en chirurgie, relate l'Assurance maladie, et de l'autre l'échec, voire les effets contre-productifs de la stratégie adoptée en médecine."* Cela interroge aussi sur la pertinence d'adopter une approche similaire et des outils analogues dans ces deux secteurs. En particulier, note la Cnam, *"cela montre que le mécanisme substitutif, qui a permis en chirurgie une "aspiration" des durées de séjours vers le bas et un ajustement capacitaire, par le biais du développement des hospitalisations partielles, ne fonctionne pas ou de manière très différente en médecine"*. Chiffres à l'appui, elle rappelle également que les journées d'hospitalisation évitées en médecine grâce au virage ambulatoire ont en réalité été réutilisées pour accueillir un nombre croissant de personnes âgées de 60 ans et plus. Et ceci avec de fortes disparités entre les établissements, étant entendu que les hôpitaux à faible activité (moins de 5 000 séjours par an) et donc très majoritairement gériatriques affichent des séjours très longs et très peu d'ambulatoire. Pour "changer de modèle", la Cnam propose donc d'expérimenter dans le cadre de l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, de pôles hospitaliers ambulatoires. Objectif affiché : *"faciliter des modes de prise en charge intégrée et accélérer le virage ambulatoire en médecine"*. D'autant que cet essai organisationnel serait associé à un mode de financement global spécifique. Concrètement, ces pôles regrouperaient toutes les activités de médecine de très court séjour de 0, 1 et 2 nuits, mais aussi les prestations intermédiaires et les consultations et actes externes (là aussi en dehors notamment des urgences, d'un certain nombre de fonctions de coordination ou d'ordonnancement de l'activité, etc.). Ils s'adresseraient à l'ensemble des patients ayant un motif de recours médical, indépendamment de leur pathologie. Le tout dans une logique territoriale affirmée, d'un côté dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire (GHT), de l'autre des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), car ce développement de l'ambulatoire médical hospitalier *"ne saurait [...] se faire en concurrence ou au détriment de la ville dans une logique de parts de marché"*. Un chef-d'œuvre de la technocratie ?

## **Selon le Dr Anne-Claire Brisacier (OFDT) <sup>(45)</sup> : « Les décès directement liés aux drogues sont très sous-estimés en France »**

En 2017, il y aurait eu au moins 537 décès directement liés aux drogues en France. Un chiffre en hausse de 30 % depuis 2003, selon une analyse de l'OFDT, publiée le 16 juillet 2019. Ces décès surviennent peu de temps après la consommation de substances psychoactives, drogues illicites ou médicaments contenant des opioïdes. Cette notion recouvre les décès par surdoses mais aussi ceux provoqués de façon non-doses dépendantes par des complications cardiovasculaires. Cette hausse est liée à 3 profils. Nous observons la progression des décès de personnes présentant un profil d'usagers de drogues : des hommes le plus souvent, majoritairement âgés de moins de 50 ans. Cette hausse semble fortement liée à l'augmentation de la disponibilité et de la pureté de l'héroïne. Le 2<sup>e</sup> profil est celui des personnes âgées traitées pour la douleur dans le cadre de soins palliatifs. Le 3<sup>e</sup> profil est celui de personnes plus jeunes, traitées pour des douleurs aiguës ou chroniques en dehors d'un contexte de fin de vie ou de douleurs cancéreuses. L'ampleur de la hausse de ces décès reste à confirmer, mais il y a là un point de vigilance. Les décès liés aux drogues sont très sous-estimés en France. De nombreux décès étiquetés « mort subite » ou causes inconnues sont des décès par surdosage. La sous-évaluation du nombre de décès serait d'au moins 30 %.

## **Progrès : un nouveau vaccin contre le zona efficace chez les immunodéprimés**

Après une greffe autologue de cellules-souches hématopoïétiques, les patients sont particulièrement à risque de développer des infections, et notamment un zona, dû à la réactivation du virus de la varicelle et du zona. Une équipe américaine a montré qu'un vaccin adjuvant recombinant inerte permettait de prévenir efficacement la survenue d'un zona. Ces résultats sont publiés dans le « *JAMA* ». Contrairement au vaccin

45 Observatoire français des drogues et des toxicomanies

vivant atténué, ce nouveau vaccin convient aux patients immunodéprimés. Il est autorisé en Europe, mais n'est pas encore disponible en France. Un essai est en cours. L'efficacité vaccinale est de 68,2 %. Le vaccin a également entraîné une réduction de l'incidence des névralgies post-herpétiques et des autres complications liées au zona et une réduction des hospitalisations. « *Cet essai est important car il montre que le vaccin fonctionne chez les patients sévèrement immunodéprimés, indique Keith Sullivan, co-auteur de l'étude concernant ce vaccin. Cela suggère qu'il pourrait également être utile chez d'autres patients dont le système immunitaire est affaibli, comme les patients VIH, atteints de cancer du sein et d'affections auto-immunes.* »

### **Au sein du régime général de retraites, 170 000 pensions dérivées ont été attribuées en 2018, soit plus de 20 % de l'ensemble des nouveaux droits.**

En 2018, 170 660 assurés sociaux se sont vus attribuer une pension de réversion au régime général, soit 20,3 % des nouveaux droits ouverts l'an dernier. Depuis 2005, le flux de nouvelles réversions se maintient à un niveau élevé, systématiquement supérieur à 160 000 par an, montrent des statistiques publiées jeudi par la Caisse nationale d'assurance-vieillesse (CNAV). La proportion totale de bénéficiaires de réversion dans le régime général s'élève aujourd'hui à 19,5 % - soit 2,8 millions de personnes. Ces chiffres témoignent du poids important et persistant de la réversion. Les femmes touchent encore 87 % des nouvelles réversions, et 93 % du stock de droits dérivés. Au régime de base des salariés du secteur privé, la réversion est placée sous conditions de ressources : pour y avoir droit, il ne faut pas toucher plus de 20 555 euros par an pour un célibataire, ou 32 880 euros pour un couple. L'inquiétude de la population augmente car le gouvernement s'oriente vers une suppression de ce droit dans le cadre de sa réforme des retraites.

### **En Belgique, des jeunes filles donnent leurs ovules pour recevoir 2 000 euros**

La loi du 6 juillet 2007 est pourtant formelle : la commercialisation des ovocytes est interdite. « Ce don doit être un acte volontaire, gratuit et altruiste » précise Géraldine Mathieu, Professeure de droit et de bioéthique à l'université de Namur. Mais une indemnisation est néanmoins prévue pour la donneuse. La femme qui recevra ses ovules est autorisée à lui verser un dédommagement. Mais la loi ne fixe aucun montant. Et c'est là tout le problème. Le don d'ovocytes prend des allures de business. Comment garantir que des jeunes femmes ne donnent pas leurs ovocytes uniquement dans le but de gagner de l'argent ? Il est évident que les donneuses choisissent l'hôpital qui paie le plus. Ces dérives sont rendues possibles à cause de la loi. La loi belge manque cruellement de clarté. Elle laisse aux hôpitaux la liberté de fixer leurs propres règles. L'indemnisation vire en rémunération. Et à la fin, c'est l'éthique qui est remise en question.

---

## *Courrier des lecteurs*

---

## Lettre du Dr Manolis KOSADINOS, Psychiatre, Où vont la Grèce et sa Santé?

Chers toutes et tous,

Dans cette période d'élections potentiellement fatales pour la Grèce, je m'interroge sur la pertinence du rapport du périple électoral que j'ai effectué en tant que candidat aux élections européennes sous la bannière de la santé. Il faut du culot pour rédiger des « carnets de voyage » au moment où des souffrances nouvelles s'annoncent pour le peuple grec. J'assume.

« Il faut de sacrés vauriens pour gérer des galériens ». Ce trait d'humour potache fut le mot de passe pour renouer le contact avec H.Z., camarade de la Faculté et radiothérapeute, au moment de la conclusion d'une triple campagne d'élections grecques (européennes, municipales, régionales) angoissante et plutôt désespérée, pas moins enrichissante pour autant. « *J'aurais voulu être psychothérapeute et pratiquer des séances de psychothérapie, je suis finalement radiothérapeute et je pratique des séances de radiothérapie* » dixit H.Z. Il rajoute : « *Nous avons un psychiatre de liaison affecté au service mais c'est plutôt moi qui lui fais du soutien psychologique, alors que je ne suis pas payé pour ça* ».

Nous avons discuté du coût excessif de l'immunothérapie pratiquée dans cet Hôpital oncologique spécialisé d'Athènes. Si les fonds étaient alloués à l'installation de nouveaux dispositifs de radiothérapie de précision, le bénéfice aurait été supérieur pour les patients. Une discussion qui a réveillé chez moi le goût pour les questions de médecine somatique et la technique. Deux jours plus tard, je lui demandais par téléphone conseil au sujet d'un ami qui devait décider du traitement qu'il allait suivre.

« *La Santé, oui. Publique et gratuite, on n'en sait rien.* ». Nous avons été accueillis poliment dans tous les hôpitaux et lieux de soins visités. Toutefois, ma qualité de psychiatre fut davantage appréciée que celle de candidat. « *Un psychiatre ? C'est ce dont nous avons besoin tous ici !* ». Aurais-je voulu politiser la conversation en soutenant que notre combat visait des changements sociaux qui rendraient les psychiatres de moins en moins nécessaires, je me suis retrouvé malgré moi en situation dispenser des conseils à la sauvette, d'expliquer par exemple que la surconsommation de benzodiazépines était dangereuse et qu'il faudrait à la place rechercher une aide plus

appropriée pour les troubles anxieux. Toute occasion est bonne à saisir pour ne pas laisser tomber...

Les rencontres avec les gens et les collègues se faisant au pas de course, j'ai subitement compris que les camarades attendaient de moi une présence qui parle de la situation. Je me suis mis à réciter en cadence la familière ritournelle : « *Pour une santé publique et gratuite de qualité, accessible à toutes et tous. Pour des postes de titulaires dans les unités de soins. Pour du travail dans des conditions dignes et humaines* ».

Les personnes rencontrées, toutes concernées par ces questions, ont réagi parfois de manière décalée. « *La santé, ma foi, oui. On a intérêt à la préserver. Publique et gratuite, on n'en sait rien. Ne voyez-vous pas où va le pays ?* ». Ou alors : « *Où ça, cher collègue ? En Suède ? En Norvège ? Vous êtes-vous rendu compte que nous sommes en Grèce ?* »

Figure marquante, tel directeur médical d'un Centre public de Santé, ancien gauchiste, témoignant de son passé par son discours, sa posture et sa physionomie, nous a longuement analysés les forces sociales à l'œuvre dans les politiques de Santé, pour conclure que finalement, à la lecture de toute l'histoire moderne de la Grèce, il n'y avait rien à attendre de ce pays ni de son peuple, car la soumission finale aux puissants de ce monde serait une fatalité. Il nous a cependant accueillis très courtoisement, en dépêchant même sa secrétaire, qui nous accompagna dans tous les espaces du Centre, y compris les cabinets de consultations, interrompues par nos présentations et diffusions du matériel, exception faite du cabinet de gynécologie.

La question qui préoccupe aujourd'hui les agents des structures publiques de soins, est le manque de personnel et la précarisation des contrats de travail. Ces situations sont vécues comme un garrot d'étranglement qui se resserre, placé autour du cou des services et des personnes. Les diktats des dites « institutions européennes » et du FMI interdisent le recrutement d'agents titulaires. Les 2 000 postes de soignants annoncés par Tsipras, quelques jours avant les élections, quand bien même ils seraient effectivement pourvus, sont très insuffisants pour combler le gouffre qui s'est creusé au bout de 9 ans de panne de recrutements. Notons que mêmes ces

petites mesures risquent de rester au niveau de simples déclarations, quel que soit le prochain gouvernement de la Grèce.

Les départs à la retraite ne sont pas remplacés. Les agents en CDD (supérieurs à 10 % des effectifs de la Santé) sont dans l'incertitude totale du lendemain. La Commission européenne (en réponse à la question écrite du député européen sortant d'Unité Populaire, Chountis) conseille purement et simplement... de les licencier. Les services techniques, de restauration, de transport, d'informatique des hôpitaux et autres unités de soins sont en voie d'externalisation, de privatisation, les agents restants de plus en plus accablés par une charge de travail démultipliée. La Grèce serait en retard sur ce processus, déjà bien en place dans plusieurs pays européens, dont la France. Elle devra donc vite se rattraper, au détriment du bon fonctionnement des services de Santé et des conditions de travail des agents.

### « Je veux quitter la Grèce »

Les deux Hôpitaux psychiatriques d'Athènes sont des lieux qui accueillent le condensé de la plus profonde souffrance et misère de la société grecque actuelle. Situés dans une partie de la banlieue athénienne aux traditions militantes, ils sont des lieux incontournables de la campagne électorale. Depuis 2013 nous avons développé depuis la France des liens de solidarité militante avec les soignants de ces hôpitaux. Mêmes constats, mêmes doléances qu'ailleurs, et aussi un degré de résignation. Il n'empêche que le résultat d'un travail de plusieurs années, effectué pour améliorer le sort des patients, est bien visible. Il est souvent laissé en jachère faute de personnel pour animer les lieux. Citons l'exemple de cette belle bibliothèque de l'école infirmière locale, possédant un inestimable fonds documentaire, censée accueillir soignants et patients. Elle reste aujourd'hui fermée pour cause de non-remplacement du documentaliste malade.

Les politiques d'austérité ont renforcé l'aspect sécuritaire de la psychiatrie en Grèce. Nous connaissons bien la dynamique néfaste qui produit ce résultat. La fermeture de lits oblige les services à sortir les patients avant qu'ils ne soient stabilisés, alors que la réduction des effectifs soignants prive le soin du temps d'écoute nécessaire à dénouer les situations complexes et apaiser les tensions. Il en résulte la recrudescence des passages à l'acte à l'extérieur comme à l'intérieur des murs. En parallèle, la difficulté de trouver un lit d'hospitalisation pousse les familles et les intervenants externes à recourir beaucoup plus souvent à l'hospitalisation sous contrainte,

obligeant ainsi les services à hospitaliser, parfois sur des lits de camp dans les couloirs. En Grèce 60 % des admissions psychiatriques se font aujourd'hui sous contrainte. Malheureusement, ce taux est identique à celui dans certains territoires de France.

Dans ces conditions, il devient de plus en plus difficile de travailler et d'apporter des soins humanistes aux patients. Des collègues essaient toutefois de résister et de préserver des îlots de liberté dans un système globalement sécuritaire. Le maintien des portes ouvertes des pavillons devient l'enjeu de combats avec la direction. Parfois des questions qui semblent subsidiaires, comme la place des animaux de compagnie dans les services, alimentent ces conflits. Comme nous expliquent nos collègues, patiemment et avec conviction, ce sont des questions de psychothérapie institutionnelle, essentielles pour l'amélioration de l'état des patients.

En Psychiatrie, comme dans l'ensemble du système grec de Santé, la « rationalisation » des soins guette aux portes, tel un prédateur, revêtu de l'habit informatique. Dans les quelques lieux équipés d'ordinateurs que nous avons visités, aucun regard ne s'est levé de l'écran pour nous regarder. Y compris dans un service de médecine interne, où les jeunes médecins, alignés derrière une longue table, tels des courtiers en blouse blanche, ont réagi à notre présence par des soupirs étouffés. À l'Hôpital psychiatrique d'Athènes nous fûmes accueillis par un jeune patient désireux d'engager la conversation. Dans son discours une phrase revenait de manière stéréotypée : « *Je veux quitter la Grèce* ». C'était une personne immigrée pour laquelle la question « pour aller où ? » n'avait de sens que rhétorique.

Un collègue dentiste, acquis au discours politique opposé au nôtre, nous a expliqué que l'exode des jeunes n'était pas un mal en soi et que, tout en regrettant le départ de sa fille à l'étranger, il était heureux qu'elle puisse déployer ses ailes dans des lieux plus accueillants. Des situations très différentes, un seul discours.

Si pour Baudelaire « *les vrais voyageurs sont ceux-là seuls qui partent pour partir* » il y a des voyageurs qui, partis d'un chez soi, atterrissent dans le désert. Ce désert, les liens du groupe constitué sur place et la solidarité militante de quelques-uns, s'efforce de transformer pendant un temps en terre d'accueil. Aux abords des algécos du camp des réfugiés kurdes de Lavrio, dans la poussière, devant les débris ostensiblement entassés par la Mairie locale, j'ai ramassé un jouet abandonné, une petite figurine dorée de cheval. Ce sera le « Rosebud »

de ce voyage et le signe secret que nous avons beaucoup à faire pour préserver notre humanité et la leur.

### Épimètre: en attendant les barbares

En Grèce, lors des élections européennes du 26 mai les formations porteuses d'alternatives pour la sortie de l'austérité ont été marginalisées. SYRIZA, le parti actuellement au gouvernement, élu initialement pour renverser les politiques d'austérité mais les ayant finalement appliquées de manière renforcée, a été largement défait au profit d'une Droite néolibérale, revancharde et déchaînée. De toutes probabilités, le même scénario se reproduira le 7 juillet 2019, lors d'élections anticipées que le Premier Ministre a été contraint de convoquer face au désaveu massif du corps électoral.

Les barbares aux portes du pouvoir ont déjà annoncé la couleur: c'est le nivellement total de ce qui reste de services publics, d'État social et de droit du travail. Les hôpitaux publics sont dans le viseur des annonces de privatisation. L'accès libre de toutes et tous aux soins sera probablement remis en question. Mesure palliative du gouvernement SYRIZA, elle aurait dû être consolidée par son intégration dans un système, pérenne et cohérent, de couverture sanitaire et sociale universelle. Telle qu'appliquée à ce jour, même si importante pour le soulagement provisoire d'une grande partie de la population grecque, elle a contribué à la mise en difficulté financière des hôpitaux, et elle reste particulièrement vulnérable à une contre-attaque du néolibéralisme.

Les intérêts privés ont déjà beaucoup d'emprise sur le système grec de soins par le biais de mécénats, de donations avec contreparties, de financements du soin et de la recherche par les laboratoires pharmaceutiques et d'autres groupes privés. Tout cela risque de s'aggraver et de s'approfondir par les politiques des futurs maîtres du pouvoir. L'accentuation annoncée du virage néolibéral survient à un moment où la précarisation, l'appauvrissement, le désarroi et la souffrance diffuse des classes populaires grecques, en s'intensifiant vont faire augmenter la demande adressée au service public de soins. Celui-ci, davantage dépourvu de moyens, sera dans l'impossibilité d'y répondre. La solidarité citoyenne, nationale et internationale, sera appelée à reprendre de nouveau le flambeau. Il faudra qu'elle trouve de nouvelles ressources, à contre-courant de la résignation et du fatalisme ambiants, à contre-courant du sentiment de frustration généré par des batailles perdues.

www.pratiques.fr le 12 juin 2019

### Lettre de Roland CAZENEUVE, Non à l'hôpital unique entre Tarbes et Lourdes, oui à la consultation de la population.

Alors que Macron, fidèle serviteur de la caste des ultras riches et des privilégiés et son gouvernement, mettent en œuvre le détricotage et la privatisation des services publics, alors que sa majorité croupion vient d'adopter des lois santé et fonction publique régressive, ici à Tarbes, on s'apprête à construire un hôpital neuf et unique pour remplacer les hôpitaux actuels de Tarbes et Lourdes devenus soi-disant obsolètes. De quoi, au regard du contexte et du rapport des forces actuels, être inquiets quant au résultat final de ce projet s'il se concrétisait. Bien sûr, il nous faut comprendre l'impatience, mais aussi l'illusion, des personnels de ces deux hôpitaux, qui considèrent qu'une structure neuve va résoudre bon nombre de problèmes auxquels ils sont confrontés dans leur quotidien professionnel. Nous pouvons leur dire toutefois, que nous n'en sommes pas certains et même que nous pensons le contraire. D'autant qu'au passage il serait prévu de supprimer 150 lits et des dizaines de postes. Quant à la population, elle verrait, dans ce cas disparaître la proximité hospitalière publique. La population de Tarbes et sa banlieue, c'est 80 000 à 100 000 personnes. Lourdes et les alentours c'est plus de 20 000. De 120 000 à 150 000 personnes à soigner, soit plus de la moitié de la population départementale, avec une population vieillissante, pour un seul hôpital au rabais et en rase campagne, pas de quoi penser que les gens vont gagner au change. D'autant qu'en ces temps où les démarches écologiques devraient être de mise on ferait ainsi, exploser l'utilisation des transports polluants avec l'allongement des trajets. Nous avons, pas très loin d'ici, en Ariège, entre Foix et Lavelanet, un projet similaire qui a vu le jour il y a quelques années. Apparemment le résultat est assez catastrophique. Toutes les expériences de concentration des services et structures de santé connues à ce jour se sont toujours réalisées au détriment de la population. C'est pour cette raison que nous avons été contre les GHT (Groupements Hospitaliers de Territoire).

C'est pour cela qu'à notre avis, il eut été raisonnable et censé de reconstruire un hôpital à Tarbes et un autre à Lourdes. Agir et décider ainsi aurait été dans le sens de répondre véritablement aux besoins des populations et des impératifs de notre temps. Preuve s'il en fallait une que ce n'est pas ce choix fondamental qui a prévalu

dans le choix des responsables locaux, départementaux et régionaux. Mais plus encore, comme nous l'avions préconisé il y a quelques années, il eut été impératif d'organiser une consultation populaire, afin que ce soit les gens eux-mêmes qui décident. On appelle cela la démocratie. Or encore une fois la décision s'est prise entre quatre murs, entre initiés pour qui l'intérêt général passe après certains intérêts particuliers, voire privés. Par exemple, quel rôle a joué le lobby de la polyclinique privée tarbaise dans cette prise de décision? L'Union politique de sommet qui s'affiche sur ce projet et qui va des parlementaires socialistes et radicales de gauche à la droite est assez pathétique et scelle dans le marbre les reniements coupables. Alors puisqu'il semblerait que le référendum d'initiative citoyenne (RIC) soit devenu une véritable revendication populaire, pourquoi ne pas en organiser un sur le sujet: Quel service public hospitalier en Bigorre à l'avenir? C'est ce que propose le PCF, afin que l'équipement hospitalier public reste et redevienne l'outil de santé optimal, qu'il aurait dû toujours rester. Ne les laissons pas décider tout seuls. Encore une fois, nous pouvons gagner!

---

*Document*

---

## SYNDICAT CGT

### Centre Hospitalier Spécialisé de SEVREY

#### *PRENONS LE TEMPS...*

#### *... de retrouver le sens de notre travail*

Lors de notre récente tournée dans les unités intra-hospitalières adultes entre le 18 février et le 28 mars, un nombre considérable de soignants nous ont fait part de leur souffrance au travail. Nous retiendrons pour cette fois leur consternation et leur dépit face aux nouvelles pratiques de travail : port des blouses blanches obligatoire, bracelets pour les patients en consultation à l'hôpital général, formulaire spécifique pour le suicide, ASH mis au ban des réunions soignantes, thésaurus des cibles.

#### **Autoritarisme**

Ces pratiques sont souvent imposées autoritairement aux soignants, via l'encadrement infirmier : « si ce n'est pas fait, vous serez sanctionnés ! ». Les soignants seraient-ils devenus de simples exécutants, interchangeables d'une personne ou d'une unité à l'autre, et qui ne réfléchissent plus ? L'expérimentation en cours sur le risque suicidaire confie d'ailleurs au logiciel la réponse à apporter. Les patients sont-ils devenus de simples objets, qu'il faudra d'ailleurs munir d'un bracelet en cas de consultation extérieure, tout comme les marchandises portent des codes-barres ? Tout comme les voitures, passerons-nous tous un jour sous un ban électronique pour détecter et mesurer nos maladies psychiques ?

#### **La psychiatrie se réduirait-elle au modèle de la médecine somatique...**

...Au mépris de son « cœur de métier » ? Serait-elle devenue le simple exercice d'un corps à soigner, à grands coups d'hygiène et de médicaments ? C'est sans doute la raison de la nouvelle obligation de porter toute la tunique blanche, malgré les recommandations des formations à la Réh@b et à la psychothérapie institutionnelle. Et pourtant, même si l'hygiène la rend parfois nécessaire, la blouse blanche n'est pas synonyme d'identité professionnelle en psychiatrie, qui requiert

surtout d'aller à la rencontre des patients en faisant « tomber la blouse ».

#### **Le « thésaurus des cibles » soulève de fortes résistances**

Particulièrement au sein de la pédopsychiatrie et de l'extrahospitalier. Pourquoi ? Faute d'avoir le temps de se rencontrer et d'échanger, et afin que tout soit traçable, les soignants mentionnent depuis longtemps leurs observations sur des logiciels. Mais ces observations innombrables ne sont pas lues par tous. Il fallait donc une méthode pour les organiser. Les cibles reprennent le modèle somatique : les symptômes sont ainsi isolés et décontextualisés, suivant le principe de « toute problématique à une cible ». Certes, cela permet parfois de rassembler des informations spécifiques (bonne ou mauvaise nuitée...), mais on met ainsi l'accent sur les problèmes du patient et on ne donne pas de sens à ses comportements, morcelés comme sa symptomatologie. En outre, il est assez fastidieux d'ouvrir et de fermer sans cesse plusieurs cibles du thésaurus. Les soignants veulent conserver des observations ouvertes. Ce thésaurus serait une obligation légale et imposée à ce titre ?

#### **Quantifier et normaliser le soin en psychiatrie**

Puisque prime la gestion comptable des soins, il faut les *quantifier*. File active et nombre d'actes conditionneront le budget de l'établissement. La grille EDGAR qualifie depuis plusieurs années les actes en CMP. Mais bien sûr, *le travail informel des soignants ne rentre pas* dans la grille : réunions cliniques, relèves, contacts avec des partenaires, reprises d'activité ou supervisions. Et pourtant, des infirmiers-chercheurs proches de nous, à Lyon, Jean-Paul LANQUETIN et Sophie TUCHKRIEL ont scientifiquement mis en évidence les fonctions spécifiques du travail informel en psychiatrie, qui pourraient servir de base à une réelle pratique avancée (voir notre site

internet, onglet Réfléchir). Au lieu d'assurer une formation initiale correcte aux infirmiers en psychiatrie (IDE + 1 an), le gouvernement préfère laisser les établissements mettre en place des formations complémentaires (tutorat, consolidation des savoirs en psychiatrie...) sur le compte de la formation continue à laquelle cotisent tous les agents. Il préfère aussi former 1 infirmier en pratique avancée pour encadrer 1 000 infirmiers (taux national). La pratique sera ainsi normalisée et surtout peu coûteuse. Pour supprimer la subjectivité des soignants, du médecin à l'aide-soignant, et les rendre « efficaces », il convient de les plier aux « *bonnes pratiques* » de la *Haute Autorité de Santé* dont ils deviendront les exécutants, techniciens dépourvus de toute créativité. Certes, ce ne sont que des recommandations, non opposables aux yeux de la loi, mais les « visiteurs » les vérifieront lors de la certification de l'établissement, tous les 4 ans, qui conditionnera à son tour le budget de l'établissement. Citons A. BUZYN : « nous avons quasiment fait fermer 2 établissements non certifiés, car ils ont des pratiques non recommandées ». Au total, *il s'agit bien de maîtriser la réflexion et le temps*, que nous avons tant besoin de prendre dans notre « cœur de métier », pour prendre soin des patients, pour tisser un lien avec eux, pour qu'ils s'apaisent avant de (re) partir dans la « vraie vie ».

### **L'équipe pluridisciplinaire semble devenue un vain mot**

Elle éclate sous les coups de butoir de ces méthodes. Les ASH, bien qu'eux aussi tenus au secret professionnel, sont désormais systématiquement *exclus des relèves*, dans les unités où ils y participaient, même quand ils nourrissent les patients, qui participent souvent aux tâches ménagères et leur confient souvent bien des choses que les soignants ignorent. Dorénavant, le savoir des ASH est perdu et leur formation sur la clinique, inutile ; ramenés à leurs tâches ménagères, ils perdent confiance et se sentent autant exclus que dévalorisés. Assistantes sociales et psychologues doivent-ils suivre le même chemin ? Et pourtant, l'arrêté du 25/11/2016 inclut dans l'équipe soignante « les professionnels qui participent à la thérapie, à la compensation du handicap et à la prévention de la perte d'autonomie ». Et, « elle n'implique pas une modification des pratiques professionnelles. Elle a vocation à être suffisamment souple pour permettre l'échange et le partage des données... entre des professionnels... ne relevant pas uniquement du secteur sanitaire ». Chaque métier fait bande à part. Le clivage, symptôme psychotique par excellence, se met en place. *Les infirmiers*, encadrés par un infirmier en pratiques avancées, *réfléchissent seuls, entre eux, sur leur travail*, devenu leur « rôle propre », dans une posture identitaire.

Bien sûr, il est légitime qu'ils confortent et améliorent leur pratique, tant qu'elle s'accompagne de réunions cliniques de l'ensemble de l'équipe soignante, médecins, travailleurs sociaux, psychologues, aides-soignants, ASH, mais aussi les professionnels des médiations et les partenaires (tuteurs...). Hélas, le manque de temps médical a raréfié les réunions cliniques, remplacées au mieux par les BIP (bilans initiaux partagés), qui ne tiennent compte, ni de l'anamnèse, ni des désirs du patient, conscients ou inconscients (ce qui n'est pas le cas d'ELADEB, questionnaire qui ouvre à un dialogue avec le patient). Les soignants, tous métiers confondus, veulent travailler ensemble à la santé des patients.

### **Réhabiliter ou soigner ?**

*La Reh@b est devenue le mot d'ordre* de nos missions. Issue de méthodes cognitivistes, comportementalistes et neurologiques, elle vient à point quand le gouvernement veut réduire le nombre et la durée des hospitalisations, trop coûteuses. Elle entend surtout reloger le patient hors de l'hôpital. Et pourquoi pas ? L'ouverture des hôpitaux psychiatriques sur l'extérieur date de l'après-guerre ; les CMPs ont été créés à la fin des années 60, il y a un ½ siècle. Depuis cette époque, la pratique soignante a toujours mêlé psychothérapeutique et psycho (ré) éducatif. Les soignants prenaient soin des patients et les accompagnaient « sur le secteur », chez eux, ou ailleurs, et ceci en continuité entre l'intra et l'extrahospitalier, avant la création de nos pôles. Les multiples médiations thérapeutiques, hors ou dans (UISAM) l'hôpital, ont fait leurs preuves depuis longtemps. Aujourd'hui cependant, austérité budgétaire aidant, la réhabilitation prend le pas sur la thérapeutique ; l'ARS finance d'ailleurs spécifiquement ces actions. Et pourtant, la Reh@b elle-même mentionne la nécessité des psychothérapies. Elle s'adresse à une frange de nos patients, bien profilés et surtout demandeurs, pas à tous. Certaines unités de ce type ont déjà fermé en France.

### **Des notions périmées ?**

La psychiatrie se dénature. Toute une culture soignante disparaît en commençant par *des mots simples* : accueil, rencontre, échange, clinique, souffrance, angoisse, psychothérapie institutionnelle...

Nous revendiquons :

- Le temps... de travailler, de bien travailler, de soigner et de prendre soin, des patients, des soignants et de l'institution

- Le sens des soins psychiques : pour les problèmes humains, il faut d'abord et avant tout des humains à qui parler et pas uniquement des techniques
- L'imagination et la créativité nécessaires qu'il faut mobiliser dans les métiers s'occupant des humains et dans les réunions cliniques pluridisciplinaires
- Les moyens nécessaires pour que la relation humaine soit ce qui compte le plus dans les soins

Il ne s'agit pas de combattre tout changement, mais la psychiatrie est une vaste discipline, qui emprunte à beaucoup d'autres. Allons-nous continuer à subir la logique de ces nouvelles méthodes sans aucun regard critique ? Allons-nous courir après les financements spécifiques voulus par l'ARS sans adapter et infléchir ces outils dans le sens de notre culture psychiatrique ? Ces méthodes doivent être réfléchies collectivement par les praticiens de terrain et adaptées à leur pratique et surtout, aux patients. Nous en appelons à la réflexion critique de tous ceux qui concourent au soin, avant toute mise en pratique de ces nouvelles pratiques.

Adresse courriel [cgt.chs@ch-sevrey.fr](mailto:cgt.chs@ch-sevrey.fr)

Site internet <http://chsevrey.reference-syndicale.fr/>



Réalisation, Impression :



Dépôt légal : juin 2018

