



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°12
mars
2014



LES CAHIERS DE SANTÉ PUBLIQUE & DE PROTECTION SOCIALE

Rédaction :

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

Comité de Rédaction :

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

Comité de lecture :

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

SOMMAIRE

Éditorial:

Les Français restent attachés à leur système de protection sociale mais sont inquiets de la montée des inégalités Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
--	--------

Articles:

La cotisation ou l'impôt? Le financement de la protection sociale au péril du mythe de ses origines Réforme du financement de la Sécurité sociale: l'enjeu du modèle social français <i>Partie I: Fiscalité et financement de la sécurité sociale</i> Par Frédéric Rauch, rédacteur en chef de la revue Économie & Politique	Page 11
Santé au travail: le désastre Par les Docteurs Cellier, Chapuis, Chauvin, Delpuech, Devantay, Ghanty, & Lafarge	Page 17
Le médecin face aux violences conjugales: évolution des pratiques en 10 ans. Par les D ^r Audrey Cornilleau, Gilles Lazimi, Gladys Ibanez, & le Pr Philippe Cornet	Page 27

Le dossier: pour une nouvelle loi de santé publique

Faisons un rêve: la future loi de santé publique Par le D ^r Alain Brémaud responsable du dossier	Page 33
Stratégie nationale de santé: ouvrir des horizons nouveaux à la protection maternelle et infantile Par le D ^r Pierre Suesser, Pédiatre en protection maternelle et infantile & Président du Syndicat national des médecins de PMI	Page 36
Soins et politique territoriale Par le D ^r Claude Leicher, médecin généraliste & Président de MG France	Page 40
Pour une offre de santé ambulatoire de proximité et moderne Par le D ^r Richard Lopez, Président de la Fédération nationale des centres de santé	Page 43
Refonder l'hôpital public Par le D ^r Michel Limousin	Page 46
La formation médicale initiale en médecine générale: le ciment des 12 engagements du Pacte Territoire Santé. Par le D ^r Jean Sébastien Cadwallader, Médecin généraliste, Centre Municipal de Santé d'Aubervilliers & Chef de clinique en médecine générale, Université de Tours.	Page 49

Environnement et modes de vie nécessitent une nouvelle politique de santé Par le D ^r Jean-Luc Veret, médecin de santé publique, Responsable de la Commission Nationale Santé Europe Écologie - Les Verts	Page 51
Stratégie nationale de santé: refonder notre système de santé Par le D ^r Fabien Cohen, Membre de la Commission nationale de santé & protection sociale du Pcf	Page 56
La démocratie au chevet de la Santé Par le Dr Paul Cesbron	Page 60
<i>Les brèves des Cahiers:</i>	Page 68

Les notes de lecture:

Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé, Didier Tabuteau, éditions Odile Jacob, 290 pages, par Jacques Bénézit, membre du Comité de rédaction	Page 70
Que faire de ce que nous apprend Thomas Piketty sur « Le capital au XX ^e siècle »? par Éric Toussaint	Page 71

Les documents:

Document unique: Position du CISS sur les parcours	Page 80
--	---------

Éditorial

Les Français restent attachés à leur système de protection sociale mais sont inquiets de la montée des inégalités

L'enquête d'opinion de la DREES 2013 réalisée par l'institut BVA et publiée en février 2014 donne des résultats intéressants et va à l'encontre d'une opinion pessimiste répandue : malgré le discours dominant relayé sans interruption par les médias néolibéraux les Français ont une opinion positive de la protection sociale française telle qu'elle est née à la Libération. L'individualisme n'a pas tout dévoré. La solidarité garde un sens pour eux. N'est-ce pas un encouragement à ceux qui parfois ont le sentiment de ramer contre des courants dominants ? La bataille des idées que nous menons ici dans ces Cahiers n'est pas perdue.

Le caractère annuel et l'ancienneté de ce baromètre en font un outil de suivi conjoncturel indispensable pour appréhender l'évolution de l'opinion des Français sur les politiques dont le ministère a la charge, tant en matière de santé que de solidarité. Le Baromètre apporte un éclairage complémentaire aux travaux menés habituellement par la Drees, puisqu'il permet de mettre en parallèle les évolutions perçues et réelles des politiques sanitaires et sociales. Il est également utilisé par des chercheurs en sociologie ou en science politique pour améliorer leur compréhension de l'opinion.

Inquiets de la montée des inégalités, les Français restent attachés à leur système de protection sociale

Depuis 2000, le Baromètre d'opinion de la Drees est un outil de référence pour analyser l'évolution de l'opinion des Français sur leur santé, sur la protection sociale (assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion) ainsi que sur les inégalités sociales. Les données de la vague 2013 ont été collectées du 14 octobre au 26 novembre, auprès d'un échantillon important pour ce type d'enquêtes, de 4 000 personnes, représentatif de la population âgée de 18 ans ou plus en France métropolitaine (méthode des quotas).

Lucides, les Français s'inquiètent de la montée des inégalités

Huit Français sur dix considèrent en 2013 que les inégalités vont plutôt continuer à augmenter dans l'avenir. Seulement moins de sept sur dix partageaient ce constat au début des années 2000. Cette préoccupation concerne avant tout les inégalités de revenu, qui sont considérées comme les plus répandues par les Français (42 % d'entre eux, soit une majorité relative). Viennent ensuite les inégalités liées au logement, jugées les plus répandues par 14 % des Français. Les données de l'Insee confirment

que le rapport entre le niveau de vie des 10 % les plus riches et celui des 10 % les plus pauvres s'est accru, mais principalement à partir de 2008 (il est passé de 3,4 en 2008 à 3,6 en 2011).

Les Français jugent que les inégalités d'accès aux soins sont les moins acceptables (22 % des réponses) devant les inégalités de revenu (19 %) et les inégalités de logement (16 %). On retrouve ici cette idée qu'aujourd'hui les questions de santé prennent le pas sur les autres préoccupations (sauf le chômage bien sûr). C'est ce que nous disions récemment dans un article qui soulignait que durant la campagne municipale, la santé était devenue une question émergente. Les Français ont interrogé leurs élus municipaux et leurs candidats sur les politiques de santé territoriales.

En 2013, neuf Français sur dix estiment que les inégalités ont plutôt augmenté au cours des cinq dernières années, contre huit sur dix en 2008 et sept sur dix en 2000. Quatre Français sur dix estiment que la qualité des soins à l'hôpital s'est détériorée au cours des dernières années (43 %), soit autant que ceux qui estiment qu'elle s'est améliorée (42 %). 15 % estiment qu'elle est restée identique. L'opinion sur l'hôpital public est assez positive. Six Français sur dix jugent normal que la France consacre un tiers du revenu national au financement de la protection sociale, contre deux sur dix qui jugent cette proportion excessive, et presque autant qui la jugent insuffisante. Les Français sont plus nombreux à percevoir une augmentation des inégalités.

Les Français jugent en majorité leur situation personnelle plutôt bonne, mais sont pessimistes pour l'avenir : huit Français sur dix trouvent leur situation actuelle plutôt bonne (dont un sur dix qui la juge même très bonne : ceux qui sont du bon côté des inégalités ?). Les cadres (86 %) et les retraités (73 %) sont les plus satisfaits de leur situation, au contraire des ouvriers (62 %) et des artisans et commerçants (65 %). La moitié des Français (47 %) considèrent toutefois que la situation de leurs parents était meilleure que la leur au même âge, contre 38 % en 2007. Ce sentiment de déclassement n'augmente toutefois plus depuis 2011. Les jeunes adultes de 25 à 34 ans et les 35-49 ans sont plus nombreux à le ressentir (respectivement 55 % et 57 %) que les 50-64 ans et les 65 ans et plus (respectivement 46 % et 31 %). Les Français expriment également un pessimisme pour l'avenir : 44 % d'entre eux considèrent en 2013 qu'il y a un

risque de chômage dans les mois à venir pour eux-mêmes ou l'un de leurs proches (+ 6 points de pourcentage depuis 2011). Conformément aux résultats des précédentes enquêtes depuis 2004, 52 % sont optimistes pour leur avenir, mais seuls 29 % le sont pour leurs enfants ou les générations futures.

Les Français s'estiment très majoritairement en bonne santé, mais s'inquiètent de plus en plus de la santé de leurs compatriotes. Sept Français sur dix s'estiment en bonne santé en 2013, dont trois sur dix en très bonne santé. Ces proportions sont stables depuis 2007. Les ménages les plus défavorisés (non qualifiés, à faibles revenus ou locataires du parc social) sont plus nombreux que la moyenne à déclarer un mauvais état de santé (respectivement + 5 points, + 8 points et + 4 points que l'ensemble). On observe un fort gradient par âge : les moins de 30 ans sont 90 % à déclarer un bon état de santé, contre 58 % des plus de 65 ans.

Toutefois, pour la première fois en 2013, les Français qui estiment que l'état de santé de leurs compatriotes se dégrade représentent une majorité relative (42 %, contre 38 % qui pensent que l'état de santé des Français s'améliore). 20 % déclarent que selon eux, il est resté identique.

Par ailleurs, 68 % des Français sont satisfaits de la qualité des soins en hôpital, mais une proportion croissante d'entre eux estime que la qualité des soins s'y est détériorée au cours des dernières années. Pour la première fois depuis l'introduction de la question dans le baromètre en 2010, les Français qui estiment que la qualité des soins hospitaliers en France s'est détériorée (43 %) sont au moins aussi nombreux que ceux qui pensent qu'elle s'est améliorée (42 %). 15 % considèrent qu'elle est restée identique.

La période récente, marquée par la crise économique, rendrait donc les Français plus pessimistes et critiques quant aux évolutions de la société. Les données du Baromètre d'opinion Drees permettent de compléter ce constat en mesurant de manière concomitante l'évolution de la position des Français vis-à-vis de leur système de protection sociale.

Ces inquiétudes ne remettent pas en cause le soutien des Français à leur système de protection sociale

Une large majorité des Français (64 %) juge normal que la France consacre un tiers du revenu national au financement de la protection sociale. Ce chiffre est globalement stable depuis 2009, et plus élevé qu'au début des années 2000. Les Français sont toutefois moins nombreux qu'en 2000 à juger cette part insuffisante, et un peu plus nombreux à la juger excessive. Les Français

restent très attachés au système public et universel d'assurance maladie. Neuf Français sur dix souhaitent que le système « reste essentiellement public », et ils sont très largement d'accord (72 %) avec le principe de solidarité entre personnes malades et personnes bien-portantes, qui implique que « les personnes malades ne cotisent pas davantage » que les autres. Bien que 85 % des Français estiment que « les dépenses sont trop élevées car le système n'est pas bien géré », quatre Français sur cinq pensent qu'il ne faut pas renoncer au monopole de la Sécurité sociale. 78 % des Français se prononcent enfin en faveur de l'universalité de l'assurance maladie, principe qui suppose qu'elle « bénéficie à tous sans distinction de catégorie sociale et professionnelle ». Selon les Français, il est normal de consacrer un tiers du revenu national à la protection sociale. Mais depuis 2008, le soutien à des allocations de solidarité universelles diminue : effet des campagnes orchestrées par le MEDEF annonçant la nécessité de réformer les Allocations familiales ?

Les Français sont plus nombreux depuis 2010 à penser que les entreprises ne doivent ni plus ni moins cotiser qu'actuellement pour la protection sociale (60 % en 2013, contre 49 % en 2011). La proportion de ceux qui estiment que les entreprises doivent cotiser plus est en baisse (32 % en 2013 : chute de 10 points entre 2011 et 2012, confirmée par une stabilité en 2013), mais seulement 8 % pensent qu'il serait souhaitable qu'elles cotisent moins et cette proportion reste stable depuis 2005.

Pas de diminution du soutien à la solidarité publique en période de crise

Pour une large majorité des Français (61 %), l'État reste l'acteur qui doit principalement « prendre en charge les personnes en difficulté sociale ». Une minorité des Français estime que ce rôle doit être assumé par les familles (8 %), les associations (5 %) ou les compagnies d'assurances (2 %). 24 % pensent que les personnes en difficulté sociale doivent plutôt être prises en charge par les caisses d'allocations familiales et 17 % par les collectivités locales.

Après avoir eu connaissance du montant du RSA (490 € en 2013), une majorité des Français juge tous les ans depuis 2002 qu'il faut l'augmenter (la question concernait le RMI avant 2009). Cette proportion est cependant en baisse : la part de ceux qui souhaitent une augmentation du RSA a diminué de 15 points entre 2009 et 2013, ce qui tranche avec l'augmentation, entre 2006 à 2009, de la part des Français souhaitant augmenter le RMI (+ 12 points). Depuis 2008, les Français sont moins nombreux à penser que les allocations-chômage et les allocations familiales devraient bénéficier à tous : la part des Français favorables à des allocations-chômage ou

familiales universelles, c'est-à-dire qui ne bénéficieraient pas uniquement aux plus pauvres ou à ceux qui cotisent, diminue fortement depuis 2008. À l'inverse, on observe une augmentation de la part des Français qui souhaitent limiter ces prestations aux seuls cotisants (+ 16 points depuis 2008 pour les allocations-chômage et + 8 points pour les allocations familiales) : pour la première fois en 2013, la proportion de personnes souhaitant une allocation-chômage destinée uniquement à ceux qui cotisent est égale à celle de ceux qui défendent le maintien d'une allocation-chômage universelle (entendue au sens large, y compris les minima sociaux). La part de ceux qui souhaitent limiter les allocations familiales à « ceux qui n'ont pas les moyens de s'en sortir seuls » a gagné 12 points depuis 2008. Il y a là un véritable danger.

La qualité et l'accessibilité des soins en question

Les médecins et les dentistes sont les services de soins perçus comme les plus satisfaisants. En 2013, huit Français sur dix sont satisfaits de la qualité des soins des médecins et des dentistes. La part s'élève à 65 % pour l'hôpital public hors urgences, à 60 % pour les cliniques privées et à 55 % pour les urgences hospitalières. Ce résultat dépend de la région d'habitation : les habitants du Bassin parisien et de l'Est de la France ont tendance, par exemple, à être plus critiques envers la qualité des soins à l'hôpital public et en clinique privée. De 2007 à 2013, la satisfaction quant à l'accès aux soins des médecins et dentistes a chuté de 10 points (en passant de 82 % à 68 % pour les médecins et de 81 % à 70 % pour les dentistes). Le nombre de praticiens par habitant n'a pas varié entre 2007 et 2013, mais on observe sur cette période une augmentation de la part des dépassements dans les honoraires.

Pour six Français sur dix, la qualité des soins diffère selon les revenus

Six Français sur dix estiment que la qualité des soins diffère selon les revenus, et autant pensent que la qualité n'est pas la même selon le lieu où l'on habite. Les inégalités de qualité des soins selon le lieu d'habitation inquiètent davantage les habitants des villes moyennes que ceux vivant en milieu rural ou dans des grandes villes.

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

Prochains dossiers à paraître :

Numéro de juin 2014 : **L'Europe de la protection sociale et de la santé** par le D^r E. May

Numéro de septembre 2014 : **Propositions pour une Loi sur l'Autonomie des personnes** par M. C. Chavrot

Numéro de décembre 2014 : **La protection sociale dans les pays émergents et du tiers-monde** par M^{me} B. Destremau

Articles

Réforme du financement de la Sécurité sociale : l'enjeu du modèle social français

Partie I : Fiscalité et financement de la Sécurité sociale

Par Frédéric Rauch, rédacteur en chef de la revue *Économie & Politique*

NDLR : Nous donnons ici la première partie d'un article de Frédéric Rauch dans la suite de l'article de Jacques Rigaudiat publié le N° 11 de décembre 2013 intitulé « La cotisation ou l'impôt ? Le financement de la protection sociale au péril du mythe de ses origines ». Les parties II et III seront publiées dans les numéros suivants et porteront sur Le rôle politique de la cotisation sociale et Dépasser la référence au CNR à partir de la cotisation sociale.

Cela a été un axe de travail inscrit dans le programme du gouvernement dès 2012. La première Conférence sociale initiée par le gouvernement annonçait une réforme du financement de la protection sociale. Retardée par la mobilisation sociale et le refus de la CGT et de FO d'accepter les propositions du gouvernement (fusion impôt sur le revenu et CSG, accentuation de la fiscalisation,...), un rapport a néanmoins été commandé au Haut Conseil au financement de la protection sociale sur les pistes d'une réforme du financement de la Sécurité sociale, qui devrait rendre ses conclusions au début de l'été 2014.

Mais cette réforme revient dans le débat public par un autre biais, avec la mise en œuvre du Pacte de responsabilité. Ce dernier prévoit l'extinction des cotisations sociales patronales de la branche famille de la Sécurité sociale d'ici à 2017 et vise dans le même temps une économie sur la dépense publique et sociale de l'ordre de 55 milliards d'euros. L'enjeu est de taille.

Construite à partir de l'obsession de la dette et de la recherche de compétitivité des entreprises par la baisse du coût du travail, ce Pacte de responsabilité risque de peser très lourd sur le niveau de prise en charge collectif des besoins sociaux de la population.

Mais peut-être plus fondamentalement encore, cette orientation politique pousse vers une refondation de la politique de protection sociale française en renforçant la part de financement fiscalisé de la Sécurité sociale au détriment de la cotisation sociale, qui modifiera la nature de notre système de protection sociale. Alors que la cotisation sociale prélève directement sur la richesse produite dans l'entreprise pour financer une réponse mutualisée aux besoins sociaux, la fiscalité prélève directement ou non sur les revenus distribués pour assurer une redistribution sociale correctrice des déséquilibres du marché. Les deux sources de financement n'ayant pas la même

origine, elles n'ont pas les mêmes effets ni le même contenu politique.

Bien sûr la fiscalisation n'est pas une nouveauté du paysage de la Sécurité sociale, à la fois dans sa mise en œuvre et dans sa portée politique, sa montée en charge et sa structuration institutionnelle datant de la fin des années 80-début des années 90. Reste qu'elle n'en demeure pas moins un élément central du débat sur la définition de notre système de protection sociale et sa fonction sociale, ainsi que sur les pistes de réforme de progrès de son financement à engager.

Les Cahiers de santé Publique et de Protection sociale ont engagé ce débat depuis plusieurs numéros déjà. Leur dernière livraison a d'ailleurs publié une contribution de Jacques Rigaudiat sur cette question, critiquant le point de vue des « cotisationnistes ». Contribution qui a d'ailleurs donné lieu à une réponse de Pierre Khalifa (Fondation Copernic).

Ce débat, qui existe actuellement au sein de la gauche de transformation sociale, doit se poursuivre publiquement. C'est nécessaire pour en faire émerger les arêtes et mettre à disposition du plus grand nombre tous les arguments en discussion. C'est vital pour peser sur le rapport de forces dans le cadre de la future réforme du financement de la Sécurité sociale annoncée par le gouvernement, et pour construire l'alternative.

Le développement qui suit s'inscrit dans cette démarche. Première partie d'une série de 3 articles traitant des enjeux du débat, il s'intéresse en priorité au mouvement de fiscalisation des recettes de la Sécurité sociale, en posant que cette fiscalisation n'est pas un fait constaté mais bien une construction politique répondant à un double objectif de réduction de la contribution sociale des entreprises et de maîtrise de la dépense de Sécurité sociale.

A. Croissance progressive du poids de la fiscalité dans le financement de la Sécurité sociale

Il est incontestable que la fiscalité prend aujourd'hui une part déterminante dans le financement de la protection sociale. La part des recettes fiscales était en 1981 de 4 %, elle est désormais de 25 %⁽¹⁾. Ce grignotage progressif par la fiscalité des recettes de la protection sociale a été d'autant plus marqué pour la Sécurité sociale. Les recettes fiscales représentent 29,2 % du financement des prestations versées par les régimes obligatoires de base pour 2014. Et cette part fiscale des recettes grimpe à 33,9 %⁽²⁾ du financement des prestations du régime général, alors qu'elle n'en représentait que 2 % en 1983.

Cependant, ce mouvement de fiscalisation n'est pas homogène. Ni dans les catégories de ressources fiscales concernées, ni dans son affectation aux branches de la Sécurité sociale. Il faut en effet distinguer les types de recettes fiscales qui participent de cette évolution et comment elles participent au financement de chaque branche de la Sécurité sociale pour mesurer leur impact.

Si l'on excepte les subventions publiques au financement des régimes spéciaux, on distingue 2 grandes sources fiscales de financement de la Sécurité sociale : les impôts et taxes affectés (ITAF) et la CSG (avec ses déclinaisons type CRDS), dont la nature fiscale est différente.

a. Les ITAF

Les ITAF représentent une cinquantaine de taxes et impôts désormais affectés directement à la Sécurité sociale⁽³⁾. Dans la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, le montant total de ces recettes fiscales affectés aux régimes de base de la Sécurité sociale atteint 61 milliards d'euros en 2014, soit 13,1 % du total des financements.

Une part aujourd'hui importante du financement de la Sécurité sociale qui ne l'a pas été par le passé. Jusqu'aux années 2000, ces recettes fiscales ne dépassaient pas 2,5 % du financement du régime général et servaient essentiellement au financement des régimes non-salariés. C'est le développement des allègements de cotisations sociales

patronales, en particulier sur les bas salaires, qui est à l'origine de la montée en puissance des ITAF, notamment dans le financement du régime général.

Initialement compensés à l'euro près par le budget de l'État conformément à la loi de 1994, ces allègements de cotisations sociales ont alourdi progressivement les dépenses publiques au moment où la politique menée par les gouvernements de droite de l'époque prônait la réduction de la dépense publique dans le cadre du pacte de stabilité européen. C'est pourquoi, en 2006, la loi de finance et la loi de financement de la Sécurité sociale ont acté la mise en place d'un dispositif affectant directement ces impôts et taxes aux régimes et aux branches concernés afin de permettre au budget de l'État d'échapper aux conséquences du dynamisme de cette dépense fiscale. Les ajustements de compensation étant alors opérés par des modifications de périmètre de ces impôts et taxes ou par l'affectation de nouvelles taxes. Néanmoins, cette emprise progressive des ITAF sur le financement du régime général n'est pas homogène dans toutes les branches de la Sécurité sociale. Les ITAF contribuent dans la LFSS 2014 à hauteur de 16,8 % au financement de la branche famille du régime général et à hauteur de 15,5 % de la branche maladie. En revanche, ils ne représentent que 11,3 % du financement de la branche vieillesse du régime général et que 0,8 % du financement des AT/MP.

Cette distribution par branche n'est pas dénuée de sens politique. Une caractéristique essentielle de cette montée en charge des ITAF consiste en effet en l'instauration d'un dispositif de financement qui met à contribution principalement les ménages par leur consommation et leurs revenus. Dans son rapport de septembre 2012⁽⁴⁾, la Cour des comptes notait que sur un montant total d'ITAF en 2011 de 53,7 milliards d'euros, 49 % étaient assis sur la consommation (26,4 milliards d'euros) via des recettes de TVA et de « taxes comportementales » (tabac et alcool) principalement, 26 % étaient assis sur les rémunérations (14 milliards d'euros) via des niches sociales et la taxe sur les salaires. Les ITAF prélevés directement sur les entreprises ne comptant que pour 19 % du rendement de ces prélèvements (10,2 milliards d'euros). Quant à ceux sur le capital, ils ne représentaient que 2 % du rendement pour un montant de 2,9 milliards d'euros.

En outre, ce glissement de charge des entreprises vers les ménages accentue la fragilité du financement de la Sécurité sociale en le déconnectant partiellement de l'activité réelle et de la masse salariale. Les données disponibles⁽⁵⁾ montrent que si la taxe sur les salaires (1/5^e du

¹ Haut Conseil au financement de la protection sociale, *Point d'étape sur les évolutions du financement de la protection sociale*, mars 2014, p. 44.

² PLFSS 2014, Annexe II

³ 10 d'entre elles totalisent 80 % du produit total généré : Taxe sur les salaires, Droits de consommation sur les tabacs et les alcools, TVA sectorielle (tabacs, alcools, produits pharmaceutiques), Contribution de solidarité sur les sociétés (C3S), Prélèvements sur les produits de placement et les revenus du patrimoine, Contribution sociale sur les bénéfices, Taxe sur véhicules de société, Contribution sur les contrats d'assurance, Forfait social, Taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats maladie, Taxe sur les boissons sucrées et les sodas.

⁴ Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale 2012, septembre 2012, p. 148-149

⁵ *ibidem*, p. 150 et suivantes

rendement des ITAF) reste par nature corrélée à l'activité et à l'évolution de la masse salariale, l'essentiel des taxes sur la consommation (3/5^e du rendement des ITAF) ne l'est pas. Moins dynamiques, ces dernières évoluent moins vite. Un handicap auquel s'ajoute une hyper-volatilité de certaines taxes (contribution sociale sur les bénéfiques, taxe sur les assurances de véhicules, contribution prévoyance complémentaire ; soit 5,2 % du produit total), qui réduit la visibilité à moyen et long terme des ressources. Or l'impact de ces différences de dynamisme des recettes est accentué par leur distribution respective. Ainsi, la CNAF qui supporte la plus forte proportion de recettes d'ITAF a subi un transfert régulier de ressources peu dynamiques qui a pesé sur ces comptes. De même pour la branche vieillesse des exploitants agricoles, qui a bénéficié de recettes d'ITAF en érosion tendancielle. Un mouvement là encore amplifié par la mécanique d'affectation-désaffectation-réaffectation des ITAF à chaque LFSS visant à répondre aux allègements de charges décidés par le Parlement.

Instables, peu lisibles, d'un dynamisme inférieur à celui du PIB et de la masse salariale, les ITAF dont l'objectif est de compenser fiscalement les allègements de cotisations sociales patronales participent d'une fragilisation du financement de la Sécurité sociale, et donc de la réponse aux besoins des assurés sociaux, en même temps qu'elles alourdissent la contribution des ménages à ce financement.

b. la CSG

Créée par la loi de finance de 1991, la CSG a opéré une modification substantielle du financement de la Sécurité sociale. Composée aujourd'hui de 4 impôts distincts portant sur 4 assiettes différentes⁶, elle contribue à hauteur de 93,5 milliards d'euros au financement de la Sécurité sociale en 2014⁷. Elle contribuera donc pour 16 % au financement des régimes obligatoires de base et pour 19,6 % au régime général, et aussi pour 65,1 % au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Conçue comme un prélèvement à rendement élevé du fait de son assiette large, la CSG n'a cessé d'évoluer, à la fois par une croissance de son taux et par un élargissement de sa base de prélèvement.

Initialement conçu au bénéfice de la branche famille en substitution des cotisations sociales patronales, son produit régulièrement augmenté par un accroissement de son taux a été réaffecté à la branche maladie à compter

de 1997 en substitution de cotisations salariales maladie. Puis il a été utilisé pour alimenter différents fonds satellites de la Sécurité sociale (FSV, CADES, CNSA). Alors que l'opération devait être neutre pour les prélèvements obligatoires, la réaffectation à la branche maladie a été l'occasion d'une augmentation régulière des taux de CSG sur les revenus d'activité et de remplacement dans un objectif déclaré d'harmonisation des prélèvements. Progressivement la contribution des chômeurs et des retraités s'est rapprochée de celle des salariés dans un mouvement général de hausse⁸. D'un taux originel de 1,1 point appliqué aux revenus d'activité, la CSG décline désormais plusieurs taux appliqués à plusieurs assiettes. Le taux de CSG appliqué aux revenus d'activité des ménages est aujourd'hui de 7,5 %. Il s'accompagne d'un taux de CSG sur les pensions de retraite de 6,6 % et de 6,2 % sur les allocations-chômage. Et celui appliqué sur les revenus du capital des ménages est de 8,2 %.

La hausse du rendement de la CSG s'est aussi opérée sans mécanisme de substitution et par simple élargissement de l'assiette de ses 4 impôts. Ont été introduites à partir de 1997 dans l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité, les contributions patronales de retraite et de prévoyance complémentaire, puis les allocations-chômage et une large part des frais professionnels. L'assiette des revenus de remplacement s'est élargie aux indemnités journalières (maladie, maternité, et AT/MP). Et celle des revenus du capital aux produits de l'épargne populaire.

Au final, cette mise à contribution intensive des revenus des ménages (taux et assiette) en 20 ans s'est concrétisée par un dynamisme du produit de la CSG supérieur à celui du PIB et bien sûr des cotisations sociales. Mais cela n'a pour autant démontré le potentiel de rendement financier de la CSG que la littérature lui attribue habituellement.

La phase de la crise financière de 2008-2009 et ses prolongements montrent en effet que l'évolution de la CSG reste fortement tributaire de la conjoncture. La CSG sur les revenus d'activité n'est restée plus dynamique que la masse salariale sur la période que par l'élargissement de son assiette à d'autres revenus qui a compensé la montée massive du chômage et de la précarité salariale. De même, la CSG sur les revenus de remplacement est restée dynamique par l'arrivée toujours plus importante de retraités. Mais les réformes des retraites successives allongeant la durée de cotisation pour une pension à taux plein ainsi que l'arrivée à la retraite de salariés

⁶ Revenus d'activité des ménages pour 70 % du produit ; Revenus de remplacement des ménages pour 18,5 % ; Revenus du patrimoine et de placement (capital) des ménages pour 11 % ; Gains et mises de jeux pour 0,5 %.

⁷ PLFSS 2014, Annexe II

⁸ Cour des comptes, rapport sur les comptes de la Sécurité sociale 2013, septembre 2013, p. 119-123

aux parcours professionnels hachés pourraient ralentir significativement ce dynamisme très rapidement. Quant à la CSG sur les revenus du capital, la crise financière a montré sa fragilité. Son produit s'est effondré de 21 % entre 2008 et 2009, et sa reprise à partir de 2011 n'a été due qu'à l'élargissement de son assiette. En réalité, tout semble montrer que la CSG, à périmètre constant, est plus sensible que les cotisations sociales aux fluctuations conjoncturelles de l'économie et des politiques publiques.

Or il apparaît bien aujourd'hui que ce processus récurrent de hausse des taux et d'élargissement des bases d'imposition de la CSG atteint leur limite. D'une part, le Conseil constitutionnel, dans le cadre de sa décision du 29 décembre 2012⁹) prolongée dans son avis du 21 mars 2013, a rappelé le caractère tendanciellement confiscatoire de nouveaux prélèvements sur les revenus compte tenu des taux faciaux de la fiscalité actuelle. Rendant de fait constitutionnellement inopportune toute tentative de relèvement des taux de CSG. D'autre part, bien que la Cour des comptes¹⁰) et le Conseil constitutionnel laissent ouverte la possibilité de nouveaux élargissements d'assiette ciblés de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement, la remise en cause de l'exonération de CSG dont bénéficient encore certains revenus d'actifs et de retraités risquerait fort de conduire à l'objectif contraire à celui escompté. Dans un contexte politique et économique où l'austérité pèse déjà lourdement sur le pouvoir d'achat des ménages et où la recherche de compétitivité par la baisse du coût du travail lamine l'emploi et développe la précarité et le chômage, le tout impactant négativement la croissance des recettes sociales et fiscales, élargir toujours plus le périmètre d'imposition des revenus des ménages accentuerait la pression sur le revenu disponible des ménages. Cela pèserait encore plus sur la demande intérieure et fermerait un peu plus les perspectives de débouchés de l'offre productive nationale. Ce qui contribuerait à alimenter la pression sur l'emploi et les salaires, et donc réduirait les possibilités de recettes fiscales et sociales nouvelles. Plus d'impôt sur les ménages aurait alors pour effet de générer proportionnellement moins de recettes fiscales et sociales, enfermant la logique de prélèvements dans un cercle vicieux.

Et ce mouvement serait d'autant plus régressif que, toujours selon la Cour des comptes, une part significative de recettes fiscales nouvelles ne servirait pas à répondre aux besoins sociaux, ce qui pourtant compenserait en partie la pression sur le revenu disponible des ménages,

mais serait utilisée pour réduire la dette publique et sociale conformément au Traité de Lisbonne.

Il apparaît ainsi que la CSG, qui a pris une place prépondérante dans le financement de la Sécurité sociale, n'est pas plus en mesure que les ITAF de répondre aux impératifs de son financement. Assise sur les revenus des ménages, et donc dépendante des stratégies de rémunération des employeurs, des politiques publiques et sociales menées par l'État, ainsi que des comportements d'épargne des ménages, elle reste elle aussi déconnectée de l'activité réelle et de la richesse créée dans l'entreprise. Ce qui, dans un contexte d'austérité et de réduction du coût du travail, fragilise d'autant le financement de la Sécurité sociale.

B. Une croissance de la fiscalité bâtie en opposition à celle de la cotisation sociale patronale pour un renforcement de la maîtrise des dépenses sociales

Inefficace à répondre au besoin de financement de la Sécurité sociale dans la crise, pourquoi ce mode de financement de la Sécurité sociale est-il aujourd'hui privilégié ? En réalité, face à la croissance continue des besoins sociaux qui appelle des besoins de financement en forte augmentation, la fiscalisation progressive des recettes de la sécurité sociale sert deux objectifs complémentaires :

1. Réduire le niveau de la dépense sociale en réduisant le rythme de croissance des recettes affectées aux organismes sociaux.
2. Réduire la contribution des entreprises au financement de la dépense sociale.

Ces deux objectifs s'inscrivent dans une logique d'ensemble de la politique publique visant à réduire le coût du travail pour renforcer la hausse des profits des entreprises au nom de la compétitivité et à réorienter la dépense publique et sociale au bénéfice des entreprises pour soutenir cette hausse des profits.

a. Réduire le rythme de croissance des dépenses sociales en pesant sur le rythme de croissance des recettes

La montée en puissance de la fiscalisation se traduit en effet aujourd'hui par une structure particulière des recettes de la branche maladie et de la branche famille qui pèse sur le niveau de leurs dépenses. Les prestations maladies sont dorénavant majoritairement financées par la fiscalité. Les cotisations sociales passent au second plan. Ainsi, les prestations maladie des régimes obligatoires de base sont financées à 51,2 % par les recettes fiscales, contre seulement à 46,3 % par des cotisations sociales. Et les prestations du régime général sont financées par des recettes fiscales à hauteur de 49,5 %, mais à seulement 47 % par des cotisations sociales.

La situation de la branche famille est à ce jour sensiblement différente. La fiscalité ne représente que 35,8 % des

⁹ Décision n° 2012-662 DC du 29 décembre 2012 relative à la loi de finance pour 2013.

¹⁰ Cour des comptes, rapport sur les comptes de la Sécurité sociale 2013, septembre 2013, p. 135-139

recettes de la branche et les cotisations sociales 62,5 %. Mais l'annonce présidentielle du Pacte de responsabilité va refondre cet arbitrage en mettant fin à l'horizon 2017 à la contribution patronale au financement de la branche. Le financement de la branche par la cotisation sociale étant aujourd'hui intégralement assuré par la cotisation sociale patronale, le Pacte de responsabilité aboutira à la fiscalisation intégrale de la branche.

Or, on l'a vu précédemment, à périmètre constant, le dynamisme des recettes fiscales étant inférieur à celui des cotisations sociales, cette structure de financement pèse sur le niveau des recettes des deux branches. Ce frein sur les recettes n'est pas sans conséquences sur le niveau de leurs dépenses, puisque les deux sont liées depuis la création de la loi de financement de la Sécurité sociale depuis 1996, et plus encore depuis la loi organique relative aux lois de financement de la Sécurité sociale de 2005. En effet, la création des LFSS avait institutionnalisé la maîtrise des outils de pilotage du système de Sécurité sociale par l'État afin de mieux l'articuler aux arbitrages globaux sur les finances publiques. Elle avait ainsi généralisé les politiques dites de maîtrise de la dépense de Sécurité sociale au travers des contrats d'objectifs et de gestion des caisses de Sécurité sociale, et subordonné institutionnellement les objectifs de dépenses des branches aux contraintes budgétaires de l'État (vote de l'ONDAM par exemple), lui-même étant contraint par les obligations du Traité de Maastricht.

La loi organique a renforcé ce contrôle sur la dépense par l'État. Elle a introduit dans les LFSS un objectif annualisé d'équilibre financier (dépenses-recettes) de la Sécurité sociale décliné par branche, dont la LFSS devint la garante. Et elle a pluri-annualisé les LFSS, en permettant que des mesures soient introduites dans chaque LFSS assurant sur 4 ans le respect des équilibres financiers des branches. L'ensemble des dispositions qu'elles contiennent doivent désormais concourir au respect de cet équilibre financier des régimes. Le niveau des recettes conditionne explicitement le niveau des dépenses.

Dans ces conditions, le ralentissement du rythme de progression des recettes de la Sécurité sociale participe d'une réduction de sa dépense. Et la fiscalisation qui limite cette dynamique des recettes y joue tout son rôle.

b. Restaurer les profits des entreprises en pesant sur le coût du travail

Mais dans ce mouvement de réduction conjointe de la dépense et des recettes de Sécurité sociale, les formes prises par la fiscalité ne sont pas neutres d'effets sur le financement par la cotisation sociale. En effet, les deux catégories de prélèvements fiscaux affectés au financement

de la Sécurité sociale sont toutes deux essentiellement des prélèvements sur les ménages. Les ITAF sont des prélèvements fiscaux sur les dépenses des ménages en compensation des exonérations de cotisations sociales patronales. La CSG est un prélèvement sur les revenus des ménages qui abonde le besoin de financement de la Sécurité sociale résultant de la croissance des besoins sociaux, en substitution d'une hausse des cotisations sociales. Dans les deux cas, les entreprises sont tendanciellement exonérées de contribution.

Au fond, ITAF et CSG sont bien des éléments de substitution aux cotisations sociales, qui permettent notamment de s'opposer à toute hausse des cotisations sociales employeur. Et si on peut reconnaître qu'à son origine, la CSG qui devait se substituer à la cotisation sociale salariale visait à donner du pouvoir d'achat aux salariés confrontés à une hausse importante de leurs cotisations, dans des proportions très modestes au demeurant, il reste que son développement ultérieur, à la fois par ses taux et par l'élargissement de sa base de prélèvement aux revenus d'activité et de remplacement, s'est opéré contre le développement de la cotisation sociale patronale. En réalité, ce sont aux ménages qu'a été imposée la hausse des prélèvements de Sécurité sociale, en exonérant les entreprises.

Les données statistiques disponibles⁽¹¹⁾ sont d'ailleurs sans équivoque et instructives. Dans le prolongement des réformes initiées en 1967 (premiers déplaçonnements des cotisations de Sécurité sociale) visant à accroître les ressources et à réduire la dégressivité des prélèvements au-delà du plafond de la Sécurité sociale, un basculement dans le partage de la contribution sociale employeurs/salariés, particulièrement visible, s'est opéré au cours des années 80. Cette période a donné lieu à une hausse massive des cotisations sociales salariales de Sécurité sociale (+5 points) parallèlement à une baisse significative des cotisations patronales de Sécurité sociale (-1,6 points), actant un mouvement de baisse relative du coût du travail par un transfert de charges des entreprises vers les ménages.

Cette baisse de la contribution des entreprises leur a permis de récupérer une part supplémentaire de profit dans le partage de la valeur ajoutée. Mais la hausse de la cotisation sociale des salariés s'est aussi traduite par une réduction du pouvoir d'achat des salaires nets et donc par une pression relative supplémentaire sur la consommation des ménages et sur les débouchés des entreprises. Au moment même où la crise amplifiait le besoin de ressources nouvelles pour la Sécurité sociale,

¹¹ *État des lieux du financement de la protection sociale en France*, Haut Conseil du financement de la protection sociale, Tome II : Annexes, octobre 2011, p. 24-26

confrontée à l'augmentation régulière du chômage et de la précarité, la pression sur la masse salariale disponible empêchait la dynamisation économique permettant de les générer.

C'est pourquoi, à partir des années 90, les formes de la contribution salariale au financement de la Sécurité sociale ont évolué. Mais sans remettre en cause la tendance au désengagement de la cotisation employeur ni sa philosophie : la baisse du coût du travail. Avec la CSG, dont l'assiette dépassait la base salaire de la cotisation sociale, il s'est agi dans un premier temps de substituer un prélèvement sur les revenus d'activité et de remplacement à un prélèvement sur les salaires bruts, puis d'accroître la contribution non directement salariale de ce prélèvement (base et taux) afin de répondre à la croissance du besoin de financement de la Sécurité sociale.

Ce jeu des chaises musicales de la contribution salariale s'est déroulé tout en maintenant la pression à la baisse de la contribution des employeurs au financement de la Sécurité sociale. Ainsi, sur la période 1990-2012, la contribution des entreprises à la Sécurité sociale a continué de régresser et celle des ménages de croître.

Le taux de cotisations patronales de Sécurité sociale a reculé de 0,67 point, passant de 31,15 % à 30,48 % du salaire brut au niveau du plafond de la Sécurité sociale. Un mouvement de réduction qui sera amplifié par les récentes réformes des retraites et par la disparition des cotisations employeurs de la branche famille. Il est à noter que ce mouvement de réduction de la contribution des employeurs s'est avant tout fait de manière ciblé sur la période, au moyen des exonérations de cotisations sociales sur les bas salaires. Ainsi au niveau du SMIC, il n'y a pratiquement plus de cotisations sociales patronales. En 1990, les cotisations sociales patronales de Sécurité sociale représentaient 31,15 % de la contribution. En 2012, elles n'étaient plus que de 4,48 % (2,58 % pour les entreprises de moins de 20 salariés).

Quant aux ménages et aux salariés, si l'introduction de la CSG a neutralisé dans un premier temps les hausses de cotisations sociales salariales des années 80, le mouvement s'est largement inversé à partir des années 2000. La hausse de la cotisation salariale vieillesse sous plafond (0,1 %), les réductions successives des abattements d'assiettes de la CSG et de la CRDS, la hausse des taux et l'élargissement de leurs assiettes se sont traduits par une hausse de 1,8 point du taux de cotisations salariales de Sécurité sociale. Une hausse qui a touché uniformément les ménages, et donc plus fortement les ménages des couches moyennes et populaires, compte tenu du taux proportionnel de prélèvement de la CSG.

Il ressort évidemment de tout cela que la fiscalisation des recettes de la Sécurité sociale ne joue pas un rôle marginal. Outil de réduction de la dépense sociale autant qu'instrument de réduction de la contribution sociale patronale, elle est un vecteur idéal d'application des politiques d'austérité visant à réorienter les prélèvements sociaux sur la richesse produite au bénéfice du capital. Conçue comme elle l'est aujourd'hui, à savoir un canal du transfert de charge des entreprises vers les ménages, elle participe d'une reconfiguration politique de la Sécurité sociale en renforçant la part de son financement assis sur les ménages. Elle est de fait le support d'un glissement du financement de la prise en charge des besoins sociaux par les salariés et les ménages eux-mêmes. Plus fondamentalement encore, portée par l'argument d'une universalisation des droits opposant la vision « beveridgienne » (solidarité assurée par l'État via l'impôt) à la vision « bismarkienne » (solidarité professionnelle mutualisée à partir des revenus d'activité), elle construit en fait le lit d'une conception de la Sécurité sociale « assurantielle mutualisante » contrôlée par l'État et ses impératifs budgétaires⁽¹²⁾. Les ménages se finançant de plus en plus eux-mêmes leur prise en charge, mais sous contrainte des objectifs de dépenses publiques et sociales de l'État. Conception dans laquelle le financement par l'employeur, via la cotisation sociale patronale, est progressivement évacué.

¹² La branche maladie est sur ce point une illustration parlante. Le remplacement des cotisations sociales par la CSG sous le mandat Jospin se traduit aujourd'hui par le fait qu'il n'y a quasiment plus de cotisations sociales affectées au financement de la branche. Les prestations sont essentiellement financées par de la fiscalité. Or c'est précisément sur cette branche que les efforts d'économie (LFSS-Ondam/LOLFSS/paniers de soins) sont les plus marqués depuis 20 ans (hors ALD, le taux de couverture est désormais de l'ordre de 50 %, quand il était de 75 % il y a 30 ans) et que les débats sur la nature de la couverture sociale ont été les plus aigus (débat petits risques *versus* gros risques). Le tout débouchant avec la mise en place de complémentaires santé obligatoires d'entreprise instaurée dans le cadre de l'ANI du 14 janvier 2013 sur la structuration d'un système de prise en charge obligatoire des dépenses de santé à plusieurs vitesses sur un mode anglo-saxon. C'est-à-dire un système fortement éloigné du principe d'universalité que la fiscalité est censée assurer.

Santé au travail : le désastre

Par les Docteurs Cellier, Chapuis, Chauvin, Delpuech, Devantay, Ghanty, & Lafarge

NDLR : ce texte est la conclusion commune d'un groupe de médecins du travail de Bourg en Bresse (1 rue A. Bertholet 01000 Bourg en Bresse - tél 04 74 23 66 30) après 20 ans d'exercice ; c'est leur 20^e rapport annuel (février 2014).

Nous pensions avoir tout dit dans nos rapports et alertes, à la hauteur des sévères et très inquiétantes dégradations constatées dans le monde du travail et les dangereux détournements qui frappent la prévention en santé au travail à travers la réforme de juillet 2011 sur la santé au travail et la médecine du travail. Nous pensions avoir tout dit pour faire bouger un tant soit peu ce qui de façon constante vient obérer toute possibilité d'efficacité en prévention, à savoir entre autres obstacles cette domination sans entrave exercée par les employeurs sur les acteurs de prévention que sont les médecins du travail, qui se retrouvent ainsi délégitimés dans leur mission.

Il nous est pourtant donné de voir encore cette année, une aggravation dans ce système de verrouillage des médecins du travail, par des manœuvres de domination de plus en plus sophistiquées, déroulées sans entrave et en toute impunité, destinées à faire taire les témoignages, les liens santé - travail, les recherches de pistes de transformation du travail, voire même dans certains cas une détermination à tout mettre en œuvre pour expulser le médecin par des manœuvres très malveillantes, à partir du moment où il exerce pleinement sa mission authentique de préventeur et vient « gêner » l'emballement sans limite du système de domination dans le travail.

Nous en avons fait l'expérience cette année, de façon inédite dans deux entreprises, d'autres médecins du service ont fait connaître des situations similaires dans leur secteur. À tel point que nous nommons la situation en termes de véritable désastre, un désastre qui gagne du terrain et porte un coup très dommageable à la santé au travail des salariés, déjà très dégradée par des managements extrêmement oppressants ; le tout évoluant sans qu'aucune régulation ne puisse venir recadrer rapidement et efficacement les responsables d'entreprises sur la mission de chacun et rétablir un équilibre démocratique permettant des espaces de débat et de transformation du travail du côté de la santé.

C'est à travers le récit de ces deux affaires, et par un troisième récit, que nous voulons illustrer l'ampleur de cette situation catastrophique ; ce troisième récit touche à ces nouveaux obstacles, qui d'ailleurs nous désarçonnent,

que nous voyons venir là, de l'Ordre des médecins dans ces affaires de plaintes d'employeurs auprès de cette juridiction qu'est le Conseil de l'Ordre des médecins ; les employeurs profitent d'une brèche introduite par une modification du Code de la santé publique en avril 2007, pour porter plainte contre le médecin du travail dans le seul but de le déstabiliser et de discréditer son action. Il faut savoir que les employeurs portent plainte dans un objectif qui n'a rien à voir avec la santé (c'est tout le contraire, trouvant là une occasion de défendre leur intérêt propre). Ces plaintes ont un impact très important sur une profession déjà fragilisée ; l'acceptation d'instruction de ces plaintes par le Conseil de l'Ordre est un facteur majeur d'affaiblissement de nos mobilisations professionnelles. Nous avons déjà porté très fortement ces graves questions à l'attention du Conseil national, s'agissant d'une démarche qui nous apparaît comme incompatible avec la mission de l'Ordre qui est exclusivement du côté de la protection de la santé et de l'indépendance professionnelle des médecins.

Comment ne pas voir, à la lecture de tous ces événements, un parallélisme avec ce qui dramatiquement désagrège le monde et, à partir de l'analyse de leurs causes qui sont du côté de la domination et du déficit de régulation et de résistance, faire une analyse plus holistique pour comprendre ces crises démocratique, écologique, économique que traverse ce monde, et leurs abominables impacts sur le travail et la santé au travail ?

Récit n° 1

Le cas de cette entreprise est tristement symbolique de l'empêchement organisé de l'exercice de la santé au travail et de la puissance des enjeux économiques et de pouvoir qui dépassent largement les intérêts collectifs du point de vue de la santé. Ce site de production et de développement industriel appartenant à un groupe international est connu historiquement pour avoir un climat social « difficile ». Les atteintes à la santé d'origine professionnelle sont en constante aggravation depuis les 15 dernières années comme dans la majorité des entreprises de nos secteurs. Les effets sur la santé se manifestent largement par des TMS (troubles musculo-squelettiques), puissant marqueur de l'accélération des contraintes physiques

et surtout des exigences organisationnelles et des contraintes mentales comme nous l'avons souvent décrit. Le début des années 2000 a été marqué par la mise en visibilité de ces atteintes à la santé, déjà engagée par les médecins du travail successifs et relayé par les représentants du personnel. Les maladies professionnelles ont commencé à être reconnues comme telles, malgré la dilution et la sous-estimation due, entre autres, au travail intérimaire, pour en arriver à des chiffres de plus de 50 % du personnel de production atteint dans certains secteurs. Les atteintes psychiques ont également fait leur apparition de manière progressive pour en arriver à des situations très préoccupantes du point de vue individuel et collectif (des cadres qui craquent, des crises de larmes dans les couloirs...) faisant l'objet de nombreux rapports d'expertise et d'études en complément des rapports d'activité annuels du médecin du travail. Ce « risque » dit risque psychosocial devenu très préoccupant a fait l'objet d'une mise en demeure de l'Inspection du travail en 2011 tant les indices de gravité étaient criants.

En 10 ans, 5 directeurs différents et 7 RRH différents se sont succédé, avec à chaque nouvelle nomination, de nouveaux objectifs de rentabilité, une nouvelle organisation, des changements de responsables dans les différentes unités, des déménagements de bureaux, des modifications de la configuration des postes de travail, des changements de langage, et une approche différente par rapport aux atteintes à la santé du fait du travail. Au total, un changement de repères permanent dans un contexte de chantage à l'emploi, qui a finalement placé les salariés en situation d'adaptation permanente et de peur, très coûteuse pour leur santé mentale. Le niveau de déception des salariés a été, à chaque fois, à la hauteur de leur effort de mobilisation et a aggravé encore la démotivation et le mal-être général. Un nouveau changement de direction est survenu au 1^{er} trimestre 2012 dans un contexte de pression économique excessive prescrite au niveau du groupe (alors que les salariés décrivaient des exigences de productivité déjà extrêmement poussées ces dernières années). L'objectif était celui d'une compétition sans limite entre usines européennes avec menaces de fermeture de sites.

On ne peut malheureusement retranscrire dans un rapport le niveau du climat de pression, de malhonnêteté, d'agressivité et de mépris distillé à l'égard des représentants du personnel, de tout salarié s'opposant aux nouvelles directives et à l'égard du médecin du travail dès l'arrivée de cette nouvelle direction. En quelques mois, plus de 90 salariés ont quitté l'entreprise sans aucun plan social ni licenciement économique, ni procédure d'aptitude. Beaucoup d'entre eux étaient usés ou fragilisés par des pathologies en lien avec le travail mais tenaient jusque-là grâce au soutien collectif et à la prise en charge par le service médical.

Dès son arrivée, la direction de l'entreprise a manifesté sa volonté de faire pression sur les avis d'aptitude (1^{er} conflit au sujet du responsable sécurité que le médecin a refusé de mettre inapte à la demande du RH alors que c'est par manque de moyen criant depuis des mois qu'il ne pouvait plus remplir sa mission, qu'il était en situation de burn-out).

Rapidement, l'entreprise s'est attaquée à la lutte contre l'absentéisme par une approche punitive, et avec des procédures intervenant pour certaines sur le champ d'indépendance médicale et en contradiction avec le Code du travail et le Code de déontologie (comme par exemple convoquer systématiquement les salariés en visite de reprise alors que cela ne relève pas des prérogatives de l'employeur), ou limiter les mi-temps thérapeutiques à 1 mois.

Puis il a été décidé de faire « de la prévention du risque psychosocial » (dans un contexte où ce risque était utilisé comme stratégie managériale!) parce que cela faisait l'objet d'une mise en demeure par l'Inspection du travail en 2011, et parce que cela était prescrit par le groupe. Le mot d'ordre a été alors de court-circuiter le CHSCT et les représentants du personnel jugés « néfastes » pour l'entreprise par la Direction. Bien sûr, le médecin a refusé de participer à ce faux-semblant, argumentant l'illégalité et surtout l'inefficacité et proposant au contraire un plan d'action intégrant la participation des salariés, comme cela était préconisé également par les différents rapports d'expertise sur le même sujet. Finalement, le responsable RH décidera de maintenir des « comités RPS » (par ailleurs mis en place par le groupe lui-même suite à la Loi sur la prévention des RPS dans les grandes entreprises) mais en « oubliant » d'inviter le médecin du travail, en programmant les réunions sur des jours où il ne pouvait intervenir dans l'entreprise et en prétextant que la présence de l'infirmière suffisait (à cette période infirmière intérimaire en remplacement de la titulaire en arrêt maladie) car : « Elle a une connaissance précise de notre entreprise ».

Une partie des représentants du personnel vont subir à cette période des attaques individuelles répétées jusqu'à des saisies sur salaire pour certains, punition suite à un conflit au sujet des heures de délégation, entraînant des situations de souffrance psychiques et sociales dramatiques. En quelques mois, le CHSCT et le CE vont être totalement remaniés : démission, mutations, nouvelles élections... Les attitudes harcelantes à l'égard du service médical ont continué.

Un courrier d'alerte que le médecin réalise en juillet 2012 sur une situation de souffrance collective (4 salariés sur 10 en arrêt maladie dans un même service) est

sévèrement contesté par le RH, qui refuse le diagnostic, qui va jusqu'à exiger du médecin qu'il participe à une réunion avec les salariés pour qu'il « prenne la mesure de la situation réelle », l'accusant injustement et mensongèrement de ne pas avoir rencontré les salariés, souhaitant traiter la problématique de manière individuelle par des licenciements pour la plupart des salariés touchés.

Dans le même temps, le médecin du travail est interpellé intempestivement par les managers de chaque service demandant des comptes sur les avis d'aptitude chaque fois que des restrictions ou des demandes d'aménagement de poste sont prescrites ou reconduites, y compris lorsque l'aménagement de poste a déjà été mis en place et qu'il ne pose aucun problème. Clairement, l'objectif n'est pas de trouver des solutions mais de limiter les avis médicaux gênants. Au lieu de faire des propositions suite aux recommandations médicales comme la législation le prévoit, la pression exercée en continu sur le médecin a pour but d'inciter au découragement. Certains managers l'expriment directement, ils sont en souffrance de devoir se comporter de cette manière: « je viens vous voir pour cette aptitude mais je ne sais pas quoi vous dire, moi, je ne suis pas Docteur! ». Chaque fois qu'un avis avec restriction ou demande d'aménagement temporaire est prononcé, une pression est exercée sur le service médical et l'infirmière pour que le salarié soit reconvoqué à fréquence rapprochée.

Au sujet des prescriptions des mi-temps thérapeutiques par les médecins de soins, il est signifié par le RH que « l'indépendance (*du médecin du travail*) valait... à l'égard du médecin traitant, le Code du travail ne l'obligeant nullement à prendre ses avis en considération ». Il faut souligner que les avis d'aptitude n'ont jamais fait l'objet de contestation auprès de l'Inspection du travail comme le prévoit le Code du travail en cas de désaccord, et que jusque-là, la présence régulière du médecin au sein de l'entreprise et la coopération avec l'infirmière permettaient de trouver des aménagements « acceptables » du point de vue de la santé, évitant l'inaptitude grâce à la discussion au cas par cas avec les managers de proximité. Le RH a continué à faire ingérence dans les priorités du médecin: mail autoritaire demandant au médecin de s'abstenir de participer aux réunions organisées avec l'organisme de maintien dans l'emploi des salariés handicapés. L'attitude dénote une volonté d'arbitrer les priorités d'action du service médical, et va jusqu'à suggérer de prioriser plutôt l'étude d'un poste de travail « car nous rencontrons des problèmes de production » en le justifiant par des arguments de productivité. A cette période, il était connu de l'entreprise que ce poste serait supprimé dans les semaines suivantes et ne ferait l'objet d'aucune adaptation ni amélioration.

Plusieurs infirmières ont dû quitter l'entreprise du fait du climat de tension persistant. Une des infirmières a été citée par le RH comme témoin à charge dans un courrier de licenciement d'un salarié, le RH rapportant par écrit des propos qu'elle n'aurait jamais tenus et qui ne rentrent absolument pas dans le cadre de sa fonction. Cette infirmière, poussée à la démission, est finalement revenue sur sa décision peu après, en apprenant que ce responsable RH était finalement licencié suite au PV de l'Inspection du travail. La pression s'est exercée aussi sur les moyens matériels: matériel médical qui disparaît dans un déménagement de locaux et qui n'est pas remplacé jusqu'à l'intervention de l'Inspection du travail, travaux qui suppriment l'insonorisation du cabinet médical, accès internet interdit... L'implication et les compétences du médecin sont injustement critiquées et dénigrées par la direction ouvertement en interne dans l'entreprise mais aussi auprès des entreprises voisines à la recherche d'arguments pour nuire au médecin du travail.

Au fil du temps, le discours et l'attitude ont été de plus en plus méprisants à l'égard du médecin et à l'égard du service de santé au travail considéré comme « un prestataire » pour lequel l'entreprise serait en droit de faire jouer la concurrence si elle n'était pas satisfaite des prestations et des résultats, rendant le médecin responsable des mauvais indices de santé au travail de l'entreprise, processus de retournement bien connu pour désigner les médecins du travail en parfaits boucs émissaires lorsque les indicateurs d'atteinte à la santé explosent.

Fin 2012, devant l'échec de ces manœuvres pour éliminer son médecin du travail, et n'obtenant pas le changement de médecin souhaité après plusieurs tentatives auprès de la Direction du SST, l'entreprise tente une radiation auprès du service, puis une adhésion dans un département voisin, faisant fis de toutes les procédures légales. Fait rare témoignant du niveau de gravité de la situation, l'Inspection du travail va finir par verbaliser l'entreprise pour atteinte à l'indépendance du médecin du travail et empêchement à l'exercice de ses missions devant l'accumulation de faits graves et persistants malgré plusieurs rappels à l'ordre des différentes autorités.

Le RH sera finalement licencié par le groupe mais la direction maintient son souhait de changer de médecin, cette fois en utilisant la voie réglementaire, prétextant une décision « de principe », une situation de « blocage » (dont la direction de l'entreprise est elle-même à l'origine), obtenant finalement l'assentiment de quelques membres de son CE, alors que les salariés se mobilisent à nouveau par une pétition pour pouvoir garder « leur médecin ».

Devant un tel niveau de mépris pour la profession, la quasi-totalité des médecins du travail du service vont réagir collectivement et exprimer leur indignation et leur soutien dans un courrier à la DIRECCTE en faveur de l'arrêt de ces pratiques autoritaires des grosses entreprises sur l'exercice des médecins du travail, d'autant que plusieurs médecins sont confrontés à des situations équivalentes dans le département, sur la même période, où la pression va s'exercer soit sur le médecin soit sur l'infirmière de santé au travail. De longue date, l'indépendance des médecins du travail, inscrite dans la Loi, ne trouve pas de traduction concrète dans les faits : l'histoire finit toujours de la même manière, si possible « sans trop de vagues » : le médecin gênant parce qu'il tente d'exercer ses missions est prié de laisser sa place. Comment accepter encore cela aujourd'hui, alors que nous avons démontré combien l'indépendance professionnelle est un maillon indispensable à l'efficacité en santé au travail ? Doit-on rappeler que ce sujet de l'atteinte à l'indépendance des médecins du travail a été l'un des facteurs déclenchant la création de notre collectif il y a maintenant près de 20 ans ? Comment expliquer que les services de santé au travail, qui portent aujourd'hui une responsabilité dans la mise en œuvre des moyens de prévention, ne soient pas d'une exigence ferme à l'égard d'une entreprise qui ne respecte ni les compétences de ses acteurs de santé, ni leur dignité, ni les procédures de fonctionnement ni la législation ? Comment un Président de service peut-il prendre position en Conseil d'administration pour le changement de médecin du travail dans une situation comme celle-ci dans laquelle il a été informé de toutes les étapes, et alors qu'il a connaissance du procès-verbal de l'Inspection du travail (acte rare, témoin du niveau d'agressivité de l'entreprise) et que l'entreprise n'a aucun argument recevable pour justifier son attitude vis-à-vis du médecin et du service de santé au travail ? Autre indice du comportement sans limite de l'entreprise, cet acte surprenant qui consiste à aller démarcher les entreprises du voisinage pour obtenir des critiques sur l'exercice professionnel du médecin et salir sa réputation. Un Président peut-il être complice de ces actes en allant dans le sens de ce que souhaite cet adhérent ?

Ces événements apportent encore des arguments pour critiquer la gestion paritaire telle qu'elle est mise en place actuellement ne permet pas de régler les grands déséquilibres organisés en faveur du pouvoir patronal au sein des services. Au nom du fait que la situation est « bloquée », les représentants des employeurs vont prendre position systématiquement du côté du changement de médecin comme cela s'est toujours pratiqué dans notre profession, y compris quand l'entreprise est franchement et officiellement dans l'illégalité et qu'elle est entièrement responsable du blocage (dans le cas présent, elle ne le

nie pas et l'assume complètement en tant que stratégie). Comment ne pas interpréter ces actes comme une provocation dans une période où le discours est celui d'un appel à la confiance et à l'unité au sein des services de santé au travail ? Pour l'instant, le médecin conserve l'entreprise, la décision restant suspendue aux instances qui doivent statuer et à la décision de la justice.

Récit n° 2

Il est nécessaire de témoigner du fait du caractère inédit de ce que j'ai vécu au sein de cette entreprise en qualité de médecin du travail. Entreprise où la peur était présente partout, où le management par la peur était le seul qui soit pour générer des situations les plus caricaturales que je n'avais encore jamais observées. Mon prédécesseur ayant exercé durant 30 ans au sein de l'entreprise avait déjà alerté les directions successives concernant les risques professionnels autant physico-chimiques que psychosociaux, ces derniers ayant fait l'objet d'une mise en demeure prononcée par une inspectrice du travail en 2009.

Certaines avancées d'amélioration des conditions de travail notamment pour le risque physico-chimique avaient été obtenues par ce dernier à la faveur d'une forte mobilisation synergique des acteurs de régulation. Persistait néanmoins depuis une quinzaine d'années le risque psychosocial aujourd'hui prédominant et alarmiste, risque pour lequel j'avais moi-même alerté via mes rapports annuels, courrier d'alerte et participation à une enquête de psycho-dynamique concernant ce risque et qui rejoignait mes constats quant aux conclusions convergentes avec celles des consultants du cabinet d'audit et mes constats rapportés en CHSCT et CE.

Dans l'espace du service médical, il était habituel de voir arriver les salariés excédés, expliquant leur souffrance physique et psychique due au management autoritaire et tellement insupportable qu'il faisait craindre dans les moments de pics d'exaspération une mutinerie, une rébellion et une violence retournées contre les chefs, contre les collègues, et certaines fois contre soi-même (coup de poing dans un des murs de l'infirmierie!). Violence des propos, des intentions, pleurs, même de la part de « gros durs » car l'humiliation ou ressenti d'humiliation atteignait son comble. Bien sûr, ces débordements restaient dans l'enceinte du service médical demandant le respect de la confidentialité à laquelle nous étions soumises l'infirmière de l'entreprise et moi-même. Quelle souffrance ces situations nous infligeaient à nous aussi, devant cette réalité de voir l'invisible, d'entendre l'inaudible sans réel pouvoir d'action pour la transformation et sans proposition de réponse.

J'expliquais l'étiopathogénie de ces symptômes du fait, en grande partie, de la politique du groupe: politique du ZÉRO accident de Travail, initiant le mensonge, le camouflage, la suspicion, les menaces, le tout dans un univers caricatural du côté jardin avec grandes messes des journées de sécurité. Le Lean Management, le 5 S jusqu'à inviter des entraîneurs nationaux d'équipes sportives dans l'idée de renforcer l'esprit de compétition. Quel décalage entre ces manifestations organisées comme trompe-l'œil et la réalité de non-volonté quant à apporter les mesures de prévention collective qui s'imposaient et une réelle amélioration des conditions de travail.

Quelle indignité aussi générant un surcroît de souffrance, ressentie par les salariés obligés de faire semblant en participant à ces grandes manifestations, obligés de renoncer à un arrêt de travail après AT qui aurait été justifié afin de satisfaire aux chiffres exigés par le groupe, le tout sécuritaire, l'avancée vers l'Excellence! Accepter ces postes allégés pour ne pas avoir en « s'en mordre les doigts » au retour d'arrêt: « Si tu prends ton arrêt, il ne faudra plus avoir à me demander quoi que ce soit, t'en fais pas, on va te trouver un poste au chaud, on ira te chercher en taxi,... ». De l'ordre du ridicule achevé comme propositions d'allègement et d'aménagement alors que dans le même temps, les demandes d'aménagement ou d'allègement de postes pour les salariés souffrant d'affections autres que secondaires à un AT étaient systématiquement discutées, remises en question et bien souvent refusées!

Le système est même allé jusqu'à promettre des primes pour récompenser le zéro accident comme si se blesser était un acte volontaire! Le blessé, parfois même sévèrement (amputation de phalange d'un doigt), devenait non plus victime mais coupable et responsable de s'être blessé! Pire encore, les salariés en étaient arrivés à taire volontairement leur accident.

Ces primes ont même été adoptées sous forme de récompenses collectives par atelier, ce qui ne pouvait que mettre à mal la cohésion du collectif de travail. Bien évidemment, que faire d'autre pour celui qui s'était déjà blessé dans sa chair que de refuser de s'octroyer en plus les fureurs des collègues pour qui la manne de la prime s'envolerait! Le collectif de travail qui tentait de rester soudé s'est vu se désolidariser avec tentation de délation entre collègues. Quelle indignité effectivement peut être ressentie par ces agissements anti-confraternels dans le déni organisé.

Reprenons la définition de l'accident de travail: un accident survenu sur le lieu et du fait du travail. Et bien dans l'entreprise, il y a le presque Accident, le premier soin, les congés forcés... mais surtout l'accident SANS ARRÊT. Jusqu'où aller? Chercher et trouver des chemins

alambiqués pour mettre un couvercle mensonger à ces déclarations d'accident de travail. Du jamais vu, du jamais entendu jusque-là pour le médecin du travail que je suis. Plus grave encore, il faudra craindre, à terme, que la peur subie engendre un déni du risque réel susceptible d'entraîner l'accident gravissime.

Le climat social s'aggravait régulièrement et la violence pratiquée pour assurer le management par la peur ainsi que les souffrances qui en découlaient et dont j'ai été, de même que l'infirmière, le témoin impuissant, ont atteint un tel niveau paroxystique qu'après avoir expliqué et alerté par tous les moyens dont je disposais, j'ai fini par refuser de continuer à cautionner ces situations en ne pouvant plus rien faire d'autre que témoigner. L'infirmière de l'entreprise ayant construit une réelle professionnalité en santé au travail a été suffisamment mise à mal, victime des violences subies dont celle de devoir assurer les suites de soins pour les salariés accidentés: quelle injonction paradoxale pour elle de prendre en charge un accidenté dont elle réprouvait la présence obligée au poste allégé et quelle violence d'avoir à subir les appels de la supérieure administrative pour lui ordonner de faire du semblant sécuritaire alors qu'elle recevait les salariés quotidiennement en souffrance. Cette situation d'injonction était à ce point intenable qu'elle a été dans l'incapacité de continuer à observer l'inacceptable et qu'elle ait été dans l'obligation pour protéger sa propre santé psychique d'accepter l'arrêt de travail prescrit par son médecin traitant. Enfin, l'entreprise a continué à exercer sa pression autoritaire sur le service médical en allant jusqu'à licencier l'infirmière pour des « fautes » qui bien évidemment n'en étaient pas, licenciement couperet pendant l'arrêt de travail alors qu'une demande de reconnaissance de MP hors tableau pour souffrance morale était en cours de procédure!

À ce point de l'histoire professionnelle du médecin du travail au sein de l'entreprise, c'est l'arrivée d'une infirmière remplaçante dans un contexte équivoque ne présentant pas suffisamment de garanties, qui a été l'élément de trop et qui m'a fait basculer dans cette décision de partir de l'entreprise. J'ai eu à prendre la décision de refuser de travailler avec elle pour des raisons de manque de confiance et vérifiées par la suite par les actes méprisables anti-déontologiques et anti-confraternels de cette dernière. Effectivement, elle accompagnait la direction du site avec zèle, elle acceptait complaisamment de chercher pour trouver des « fautes professionnelles » à l'encontre de sa collègue malade - véritable démarche manipulatoire - s'il en faut. Il faut bien comprendre que l'entreprise ne reculant devant rien pour massacrer le service médical, est allée jusqu'à faire intervenir un huissier pour dresser un rapport sur la présence de médicaments périmés dans l'armoire à pharmacie de l'infirmerie! Rapport établi par

ailleurs sur une armoire ouverte préalablement à l'arrivée de l'huissier. Chantage et menaces de l'entreprise envers la direction du service de santé au travail pour que le médecin se calme et se taise! À ma demande de travailler avec une autre remplaçante, réponse de la direction de l'entreprise: « On ne sollicite pas votre avis pour travailler avec qui bon nous semble! ».

La réécriture du code du travail ne prévoit plus l'avis du médecin du travail pour travailler avec les assistants au sein des services autonomes, il prévoit l'avis et non plus l'accord du médecin du travail pour les services interentreprises! Encore une entrave à notre indépendance professionnelle alors que les codes de Déontologie et de Santé Publique exigent que le médecin ait vérifié et soit garant des compétences de ses collaborateurs.

Ma décision était prise mais je souhaitais partir dans les conditions les plus claires et avec des garanties de bon fonctionnement pour mon éventuel successeur par respect pour les salariés de l'entreprise: - partir après avoir témoigné auprès des instances (DIRECCTE, Conseil de l'Ordre des Médecins, Commission de contrôle de mon service, CE et CHSCT de l'entreprise) - que le confrère successeur puisse donner son avis quant aux assistants dont dépendait sa responsabilité. Aujourd'hui, c'est chose faite, le suivant pourra donner son avis. Mais sans intervention forte des autorités légales (DIRECCTE) pour délimiter l'espace d'indépendance médicale dont la prise en charge des accidentés du travail et la nécessité de mesures de prévention collective concrète, on ne peut imaginer comment ce dernier sera en capacité d'exercer sa mission efficacement.

Si je pars aujourd'hui, c'est parce que je suis démunie de tous mes leviers d'intervention possibles pour assurer mon rôle de préventeur en santé au travail au sein de cette entreprise. Je me suis retrouvée « bâillonnée » avec remise en question itérative de mes avis d'aptitude pour peu qu'il y ait des restrictions ou des demandes d'aménagement de poste de même pour les constats dont je faisais part en CHSCT. « Détaillez, expliquez, justifiez, soyez factuelle ». Si je pars aujourd'hui, c'est que « le ver est dans le fruit » à savoir la peur régnante et prégnante observée dans les ateliers de même que dans les bureaux engendrant la « *soumission volontaire* » de la part des salariés excédés certes, mais résignés par crainte de la perte d'emploi, notamment en cette période économiquement précaire. Pendant près de 4 mois, la nouvelle infirmière est restée en poste alors que l'infirmière compétente et déontologique réellement professionnelle en santé au travail est licenciée et décide de porter plainte; le médecin du travail est parti, le nouveau médecin aura dû attendre avec impatience de pouvoir donner son avis sur le recrutement d'autres candidates infirmières.

Récit 3

Les graves questions de souffrance au travail ont dramatiquement et depuis de nombreuses années pris le devant de la scène en santé au travail en France, nous en avons témoigné tout au long de ces vingt dernières années. Elles nous ont amenés à en débattre régulièrement et à faire évoluer nos pratiques professionnelles afin de répondre à cette évolution incessante des atteintes psychiques liées aux organisations de travail de plus en plus contraignantes, aux objectifs inatteignables, aux modes de management de plus en plus inhumains. Ces avancées dans la profession ont notamment fait apparaître la question du rôle important du médecin du travail dans la mise en visibilité sociale de ces atteintes, et la question de l'accompagnement des salariés (engagés éventuellement dans une action en justice, souvent nécessaire à la reconstruction de la santé psychique) par la production d'écrits visant à faire reconnaître et à certifier l'origine professionnelle de ces pathologies. En particulier, c'est la question des certificats médicaux qui font partie des obligations déontologiques et de la démarche de soins qui incombent à tout médecin.

L'histoire de l'affaire X. illustre, à partir de cette question des certificats en santé au travail, le grave manque d'engagement et donc l'hypocrisie des représentants de la société vis-à-vis de la mission en santé au travail. Cette histoire débute fin 2009 lorsque dans cette étude de notaires le mode de management imposé par la nouvelle hiérarchie vient rapidement mettre à mal l'ensemble des salariés de l'étude (cinq salariés), alors que le suivi antérieur des salariés en santé au travail faisait les constats d'un climat relationnel satisfaisant, même si la charge de travail était notée par tous les salariés comme élevée. Situation de crise donc dans cette entreprise, plusieurs inaptitudes sont prononcées fin 2009, cette maltraitance a conduit à des atteintes psychiques particulièrement sévères, suffisamment avancées pour que le retrait de ce travail jugé maintenant dangereux pour la santé, soit immédiat. Puis malgré la stabilisation de cette période de changement de direction, c'est une quatrième salariée qui est déclarée inapte, début 2010, inaptitude liée comme pour les autres collègues, à l'impact psychique de relations marquées au quotidien par l'agressivité, le mépris, les propos réitérés rabaisant, dégradant, de la part d'une hiérarchie maltraitante, pourtant alertée plusieurs fois depuis fin 2009 par :

- mes appels téléphoniques à chaque décision d'inaptitude
- un écrit d'alerte
- une rencontre avec l'employeur
- plusieurs alertes effectuées auprès de l'inspection du travail.

C'est ainsi qu'en 2010, une seule salariée restait dans l'entreprise, dans ce contexte très délétère qui ne pouvait plus s'expliquer par le changement d'organisation

et de méthodes de travail contrairement à ce que soutenait l'employeur à chaque alerte de ma part. Une année « d'enfer » pendant laquelle cette salariée a voulu tenir coûte que coûte, jusqu'à l'épuisement et l'effondrement avec la survenue d'un accident vasculaire cérébral (AVC) en décembre 2010. Un événement capital dans le parcours de cette jeune femme, la mise à distance du travail permettant la prise de conscience du contexte de domination dans laquelle elle travaillait, et sa volonté de voir réparé tout le mal qui lui avait été infligé. Elle s'engage alors dans plusieurs actions, en justice par un jugement prud'homal commun aux salariés mis à mal et un jugement au pénal pour harcèlement moral, et la demande de reconnaissance de l'AVC et du syndrome anxio-dépressif en maladies professionnelles.

Trois années très difficiles de combat, cette salariée désespérée, en permanence envahie par ce drame et le besoin ressenti d'une exigence de réparation pour pouvoir s'en sortir, tend la main, sollicite tous les professionnels susceptibles de l'aider, dont le service des pathologies professionnelles de Lyon qui a également confirmé le diagnostic de l'origine professionnelle; c'est ainsi que courant 2011, à sa demande, je lui remets par deux fois un certificat affirmant l'état de souffrance au travail, diagnostic que je faisais basé sur les constats collectifs en santé au travail et ceux émanant de la clinique individuelle.

Ces certificats que j'ai volontairement rédigés à l'indicatif (et non au conditionnel), ont déclenché fin 2011 une plainte de l'employeur auprès du Conseil de l'Ordre départemental des médecins (CDOM). Ces écrits représentaient une énième alerte, celle de la Justice, étant épuisées toutes les ressources d'action qu'un médecin du travail a le devoir de mettre en œuvre; un moyen de dire « halte » à l'emballement sans limite d'un management hiérarchique hautement destructeur, que rien ne semblait pouvoir arrêter. Malgré mes demandes plaidant l'irrecevabilité d'une telle plainte par le Conseil de l'Ordre (COM), le Conseil Départemental de l'Ordre a instruit la demande de l'employeur; je dois dire que les médecins de la Commission de conciliation ont soutenu mes pratiques (janvier 2012), le Président a par la suite remis à la Chambre disciplinaire de Lyon un avis favorable à propos de mon action, et assuré mon soutien lors de l'audience au Conseil Régional de l'Ordre (CROM) à Lyon. Cette audience (novembre 2012) menée par un magistrat très peu au fait de la question de la santé au travail et de la mission du médecin du travail, et aucunement interrompu par les médecins de la Chambre qui n'ont posé aucune question, a conclu à la nécessité de m'infliger un blâme, notamment sur la question de l'indicatif utilisé, et d'un soi-disant parti pris que j'aurais montré à soutenir la salariée et à lui faire valoir des avantages, alors qu'il s'agissait d'une posture professionnelle

visant à rétablir sa santé psychique. Ces certificats ne sont pas la retranscription telle quelle de la parole de salarié, comme pourrait l'être un certificat de coups et blessures, mais bien le résultat d'une analyse clinique en santé au travail, collective et individuelle, l'affirmation d'un diagnostic étiologique telle que le ferait tout autre médecin spécialiste. Il n'y a eu aucun débat ni aucune position prise par le CROM sur cette question fondamentale. La date de l'audience en Appel de cette décision de blâme est en attente. L'ouverture de l'audience à des témoignages de pairs telle que cela a été mis en place par le D^r Huez, un des médecins concernés par ce type de plaintes, sera une avancée fondamentale pour ce type de procès qui, bien que public, avait lieu pratiquement à huis clos.

Depuis cette audience à Lyon, plusieurs jugements (prud'homal et pénal) ont confirmé le harcèlement moral pour la salariée suivie et d'autres collègues. N'y a-t-il pas là un questionnement sur le fait que les membres de la Chambre aient pu à ce point sous-estimer la gravité du contexte de souffrance au travail dans cette entreprise?

On voit bien que l'irrecevabilité de ces plaintes est au cœur de ce combat, fondamentalement:

- au nom de la mission originelle de l'Ordre au service exclusif de la santé des personnes, gardien des valeurs déontologiques qu'il doit porter au plus haut, au-dessus de toutes les autorités, recadreur en cas de dérives; veillant à la dignité et à l'éthique des soins et des accompagnements prodigués par les médecins auprès de leurs patients.
- au nom de la mission originelle de l'Ordre au service exclusif du respect de l'indépendance du médecin.

Dès lors qu'il ne s'agit pas d'une plainte de personne dont la santé est atteinte par d'éventuels soins inadaptés de la part d'un médecin, l'Ordre ne peut se prêter à d'autres causes qui ne sont que des manipulations visant à défendre l'intérêt économique de l'entreprise, ce qui n'a rien à voir avec la préservation de la santé des salariés. L'Ordre n'a-t-il pas le devoir et la capacité de faire montre de discernement dès le début de la manœuvre, à propos de l'objectif de ces attaques d'employeur? Celles-ci ne sont engagées que dans le but de discréditer un écrit certifiant le lien santé - travail, faire pression sur un médecin au cœur de sa mission afin qu'il modifie ce qu'il a certifié dans l'exercice de sa fonction: l'Ordre ne peut plus continuer à cautionner ce type d'atteinte à l'indépendance professionnelle et à la dignité du médecin. L'Ordre ne peut plus accepter d'accompagner des manœuvres qui au bout du compte détournent tous les regards du vrai sujet de la souffrance au travail, manœuvres dont la grande absente est la PRÉVENTION, LA TRANSFORMATION DU TRAVAIL.

La multiplication de ces plaintes – d'autres confrères y ont été confrontés récemment – fait craindre fortement qu'elles deviennent un moyen désormais bien rodé de pression sur les médecins du travail et leur mission de prévention et d'accompagnement des salariés, échappant ainsi au contrôle de l'inspection du travail, autorité pourtant légalement nommée pour traiter tout conflit de procédure ou d'aptitude entre médecin du travail et employeur et légalement nommée pour faire respecter le droit du travail dans les entreprises.

L'Ordre doit reconnaître clairement le droit pour le médecin du travail d'affirmer un diagnostic étiologique que ce soit dans le domaine psychique ou physique :

- droit de faire et d'affirmer un lien entre atteinte à la santé et travail ;
- droit d'affirmer un diagnostic basé sur l'analyse de la parole des salariés: c'est l'évolution majeure des pratiques professionnelles du médecin du travail, en adéquation avec le code de déontologie ; il ne s'agit pas là d'observations faites sur les lieux du travail, mais d'un travail d'écoute clinique et d'analyse des situations de travail à travers la parole. L'Ordre a le devoir de se prononcer sur cette question et de ne plus s'engouffrer dans une argumentation qui discréditerait un diagnostic de souffrance au travail.

Notre travail en collectif de pairs depuis vingt ans, n'a eu de cesse de forger des règles professionnelles fondées sur le socle de la déontologie, nourri de ses observations de terrain auprès de nombreux salariés en souffrance mis à mal dans un système où la question de la domination est un déterminant majeur dans cette évolution massive des atteintes psychiques liées au travail. Le médecin du travail se positionne comme le dernier rempart de protection pour ces salariés, son accompagnement auprès de personnes en danger moral est au cœur de sa mission et ne saurait se contenter de demi-mesures ; c'est sur cette base qu'ont été débattues puis stabilisées nos règles professionnelles en travail collectif de pairs, centrant l'analyse clinique du médecin sur la parole, centrant l'accompagnement sur l'humain, sur l'aide à la personne à reconstruire sa propre dignité, reconstruction qui souvent nécessite une reconnaissance en justice du mal subi. C'est ce travail de mise en débat entre pairs notamment dans cette affaire qui a pu permettre de valider mes pratiques professionnelles aux différentes phases de cette histoire.

La mission de témoignage du lien santé-travail se doit d'être reconnue et appuyée fortement par l'Ordre, elle fait partie des soins, sans cela tout porte à craindre un abaissement des niveaux de pratiques professionnelles dont les victimes seront une fois de plus les salariés. Le problème de fond de ces attaques instruites par le Conseil de l'Ordre est celui d'un Ordre engagé dans des affaires véritablement à l'encontre de sa mission, plaintes qui ne sont

prises en œuvre par les employeurs que dans leur intérêt économique ou judiciaire, pour discréditer et finalement empêcher le lien santé-travail? C'est une orientation qui serait gravissime, pour un Ordre au service des souffrants et de l'indépendance professionnelle, à un moment où le métier est déjà gravement affaibli par la réforme de 2011, et qui justifierait un combat réunissant les forces de l'ensemble des médecins du travail. Il est nécessaire de faire évoluer l'Ordre vers un positionnement de soutien professionnel basé sur la seule déontologie et libéré de tout conflit d'intérêts dans lequel se noie dramatiquement le médecin du travail.

DISCUSSION

Jamais nous n'avons eu autant besoin de moyens en légitimation, en mesure d'une réforme véritablement en adéquation avec les constats, compte tenu de la dégradation qui ne cesse de frapper la santé au travail. Est-il nécessaire de rappeler l'évolution des suicides au travail, témoins d'un contexte de plus en plus dégradé?

Dans les deux récits exposés, c'est de despotisme dont il est question, un acharnement inqualifiable contre le médecin du travail alors que chaque fois, il a justement rempli pleinement sa mission. C'est cette extrême détermination à écarter tout obstacle qui nous fait évoquer des manœuvres de mercenaire en service commandé, missionné pour atteindre les objectifs de nettoyage de tout ce qui peut gêner les politiques de rentabilité de l'entreprise. Il s'agit pour le médecin du travail d'une incroyable mobilisation pour tenir et faire face dans un travail en mode dégradé, pour fédérer des appuis au-delà du collectif, dans et en dehors du SST auprès des instances, dans un contexte non facilitant de morcellement des autorités de régulation, de musellement des acteurs internes CHSCT-représentants du personnel, de division des ressources syndicales.

Ces histoires montrent les conséquences très dommageables des mesures de la réforme juillet 2011, notamment en ce qui concerne le changement de médecin dans une entreprise; auparavant, seul l'accord de la Commission de contrôle était requis; actuellement le fait qu'il faille en plus l'avis du Conseil d'administration (CA) introduit un déséquilibre, une dangereuse brèche et nous sommes tentés de penser que ceci n'a pas d'autre objectif que de brouiller les pistes; ceci aboutit, on l'a vu dans le cas cité, à un invraisemblable renversement de la situation dans laquelle c'est le médecin qui est accusé, et à cette incroyable solidarité du CA avec l'entreprise qui pourtant, en témoignent les constats faits par le médecin, impose à ses salariés un management très délétère et fait preuve d'acharnement contre notre consœur. Cet acharnement est d'ailleurs allé à un tel niveau qu'un procès-verbal pour entrave a été posé par l'Inspection du

travail; à cette heure nous en sommes là, espérant que la justice retienne cette verbalisation et fasse son devoir de recadrage auprès des responsables de cette entreprise afin de permettre un travail du médecin en toute indépendance et dans un contexte plus « normal » d'action. Autre mesure très nocive de la réforme, celle concernant le choix de l'infirmière; la réforme n'impose plus l'accord du médecin, omission coupable, autre brèche qui ouvre la voie d'une instrumentalisation de l'infirmière du côté de la gestion au service de l'entreprise. Une réforme qui au bout du compte se confirme dans son extrême inefficacité, et pire, allant à contresens de la démarche d'une authentique prévention indépendante, se plaçant à la faveur de la gestion des risques et de la couverture de la responsabilité des employeurs.

Alors qu'il fallait renforcer l'indépendance du médecin et les moyens (dont le renforcement des effectifs de médecins) appuyant ses missions, qui sont celles d'un véritable ordre public social, légitimé, inscrit dans la loi républicaine, la réforme a complètement déplacé cette mission, facilitant l'embrigadement des acteurs de santé au travail par les représentants des employeurs, canalisant ainsi les ressources au service de ceux qui génèrent les risques. Elle a dépossédé les médecins de leur part spécifique médicale, diluant leurs constats de santé au travail dans un semblant de prévention que nous estimons dangereux car il passe à côté de tout ce qui peut, justement, aider les salariés à se relever.

Pour exemples :

- notre manque de moyens concernant la restitution des constats collectifs d'atteintes à la santé du fait de la raréfaction des fréquences de consultations qui nous éloigne de la parole des salariés;
- le déficit de légitimation et de renfort de notre indépendance notamment à l'occasion des attaques comme nous avons vu cela à l'œuvre, dans un contexte de réforme où le rôle du conseil d'administration envahit l'espace médical;
- les actions transversales d'information des risques auprès des employeurs qui éludent la question de la domination et des jeux de pouvoir, la question des insuffisances des instances internes, tout ce qui constitue en fait les causes prédominantes des atteintes à la santé au travail.

Le projet de service confirme cette tendance à diluer nos ressources et à les déporter vers des activités d'accompagnement des risques, alors que les dégâts observés chez les salariés s'aggravent et justifient un positionnement clair du Service de Santé au Travail quand un médecin du travail refuse cette posture d'accompagnement et dénonce fermement les dérives pathogènes des managements. Notre histoire et celle de la santé au travail sont celles

d'un grave déséquilibre démocratique, celle d'une cause complètement laissée pour compte, dans un contexte de désengagement de l'état, que ce soit vis-à-vis des obstacles à notre indépendance aussi bien que vis-à-vis des déflagrations du travail. Il y a aussi la scandaleuse question des campagnes de manipulation et de camouflage des arrêts de travail pour accident de travail; c'est un sujet qui doit être traité rapidement au niveau des instances, Inspection du travail et Conseil de l'Ordre; ces manœuvres, exercées dans un contexte de pression sur les salariés et les équipes de santé au travail, mettent en danger la santé des personnes et la cohésion sociale dans les entreprises.

S'agissant du désastre frappant le monde du travail et la santé au travail, une analyse globale permet aisément de l'identifier comme faisant partie du même ensemble de désastre général engendré par les mécanismes mortifères de recherche de rentabilité maximale immédiate, de cumul de richesses et son extrême concentration, de creusement calamiteux des inégalités, de paupérisation sans fin des populations et de raréfaction des ressources de la planète. Pour illustrer le chemin parcouru par le rouleau compresseur dont le seul horizon est de satisfaire les appétits insatiables, il suffit de quelques données chiffrées: 85 personnes les plus riches du monde possèdent autant que les 3,5 milliards de personnes les plus pauvres. 1 % des hommes les plus riches de la planète possèdent l'équivalent de ce que possèdent les 99 % restant. Pour arriver à un tel niveau de performance abjecte, il est donné de comprendre aisément la question du niveau colossal de pression mis sur le monde du travail et les salariés, et le lourd tribut qu'ils payent sur leur santé.

Nous qui témoignons depuis plus de 20 ans sur ces innombrables atteintes à la santé en rapport avec la marche en avant de cette machine infernale, il est donné de comprendre notre infini vertige quand on voit que les leçons ne sont toujours pas tirées de ces réalités affligeantes. Non seulement les leçons ne sont pas tirées dans une perspective de mise en place de mesures urgentes pour endiguer ces phénomènes délétères; mais comme le démontrent les récits de ce rapport, on assiste à une stupéfiante fuite en avant avec les mêmes recettes, celles-là mêmes qui ont fait la preuve de leur haute nocivité pour avoir tellement défiguré le travail et les relations au travail, mais aussi l'emploi; pour avoir engendré le creusement insensé dans les inégalités en lien avec les facteurs professionnels et du fait de la répartition très inégalitaire des richesses: autant d'éléments d'empêchement d'une saine économie et autant de mécanismes responsables de troubles sérieux à l'encontre de la cohésion sociale et de la démocratie.

Comment peut-on continuer à ignorer les conséquences néfastes de la recherche sans fin de la baisse du coût du travail pour augmenter les profits: conséquences

qui se déclinent en termes d'obstacles majeurs pour l'émancipation des populations du fait du travail dégradé. Sans compter les effets conjugués de ces conséquences avec celles de la paupérisation des populations dans l'entretien du cercle vicieux qui, au bout du compte, engendre un coût majeur pour la santé et la société.

Un travail dont on cherche à baisser le coût, au même titre que l'accès à une alimentation peu coûteuse (ce qui est le lot des personnes paupérisées) coûte finalement énormément à la société du fait des maladies engendrées au long cours en lien avec ce que ces réalités enclenchent comme phénomènes délétères. Au fond, devons-nous nous étonner de la baisse conséquente de plusieurs années de l'espérance de vie en bonne santé qui frappe les populations défavorisées de la génération actuelle par rapport aux générations précédentes, liée à la détérioration des conditions de vie et de travail de nombreux concitoyens ?

Le désastre est aussi du côté de l'incroyable déni des réalités, du désintérêt ou de l'indifférence dont font montre les dominants vis-à-vis des ravages occasionnés par l'accroissement des inégalités dont ils sont en grande partie responsables. Et l'on connaît ces discours de diversion pour brouiller les pistes de compréhension, avec pour objectif le détournement de l'attention sur des boucs émissaires qui seraient responsables de tous les maux de la société : ces chômeurs qui profitent de la protection sociale, tous ces assistés qui vivent aux crochets de l'État, ces fainéants qui abusent des arrêts maladie, ces accidentés du travail qui font exprès de se blesser...

Hélas, on sait combien les véritables causes, décrites dans ce rapport, qui laminent l'émancipation des populations accablées par les effets nocifs du travail dégradé, de la mal-vie, de la peur de l'insécurité sociale... peuvent aussi engendrer des effets pervers sous la forme d'un terrain fertile sur lequel se greffent facilement et efficacement ces discours mensongers et ces pensées d'emprunt dévastatrices.

Pour autant, le niveau caricatural du désastre a ceci de « positif » c'est que son appréhension par une analyse systémique et par une vue d'ensemble permet de mettre la lumière sur les véritables profiteurs et les vrais assistés, à savoir ce petit nombre de personnes qui s'enrichit de façon colossale aux dépens du plus grand nombre. Et on comprend que de telles réalités s'avèrent difficilement possibles sans la partialité des gouvernements vis-à-vis des possédants et le désengagement de l'État par rapport à l'intérêt général. Ainsi donc avec l'aide des gouvernements, et pour atteindre un tel niveau de performance dans le cumul des richesses, il est clair que les profiteurs ont asservi à leurs fins toutes les règles de la marche du monde. Comme est désormais assujettie la médecine du travail aux employeurs à la faveur de la dernière réforme,

cette médecine du travail qu'ils rêvaient de posséder complètement de longue date, et que les gouvernements ont fini par leur octroyer dans un contexte de grand déséquilibre dans les rapports sociaux et de grande fragilisation des syndicats de salariés.

Il subsiste bien le Code de déontologie médicale inscrit dans la loi et censé garantir un espace d'indépendance aux médecins du travail. Mais comme il est décrit dans ce rapport, la puissance patronale a bien repéré la faille, introduite par la modification du Code de la santé publique de 2007, par laquelle elle se faufile pour annihiler le dernier morceau d'efficacité du médecin du travail. Que va faire le gardien de l'Ordre ? Va-t-il continuer, en prenant appui sur les modifications pernicieuses du code de la santé publique, à laisser se faufiler les employeurs à travers cette brèche par laquelle la médecine du travail risque de se vider de sa substance ? Ou va-t-il prendre conscience des graves dangers que cela comporte pour les médecins du travail, et venir rejoindre les nombreux médecins du travail qui interpellent actuellement les pouvoirs publics pour colmater de toute urgence la brèche ? Et dans le cas contraire (d'un positionnement inchangé de l'Ordre), que tirer comme conclusion ?

Au total,

- la qualité du travail et de l'emploi sacrifiée sur l'autel du profit ;
- un pan entier de la population atomisée et tirée au plus bas de l'échelle de l'émancipation ;
- le sort exécrable réservé aux jeunes dans leur rapport au monde du travail : une honte pour les grands pays comme la France : à remédier de toute urgence ;
- une médecine du travail rattrapée par les conséquences graves de la pénurie médicale sciemment organisée, et déportée du côté de l'intérêt des employeurs ;
- idem pour la pluridisciplinarité et sa grande parade qui est un leurre car vidée de son sens du fait de l'emprise ;
- une inspection du travail fragilisée dans son rôle de contrôle (alors que le levier de la coercition n'a jamais été autant indispensable pour booster la Prévention au travail dans l'intérêt exclusif de la santé des salariés).

Que va-t-on accorder de plus au Business ?

- Des élites-décideurs engoncés dans un court-termisme toxique sans la préoccupation des graves retombées à moyen terme.
- Une raréfaction des ressources de la planète du fait des logiques prédatrices.
- Un monde devenu impossible pour le plus grand nombre.

Un désastre désespérant qui annonce le début de l'espérance ?

Le médecin face aux violences conjugales : évolution des pratiques en 10 ans

Par les D^r Audrey Cornilleau, Gilles Lazimi, Gladys Ibanez, & le Pr Philippe Cornet du département d'enseignement et de recherche en médecine générale de l'Université Pierre & Marie Curie

Résumé :

Les violences conjugales sont un problème de santé publique majeur. Une femme sur quatre sera victime dans sa vie de violences conjugales physiques, psychologiques, verbales, sexuelles, ou économiques. Le médecin est un intervenant dont le rôle est primordial dans le repérage, la prise en charge et l'accompagnement des victimes de violences conjugales. Comment les pratiques des médecins généralistes face aux violences conjugales ont-elles évolué en dix ans ? En 2000, les pratiques de 235 généralistes face aux violences conjugales ont été étudiées. Le même questionnaire a été envoyé à des généralistes d'Ile-de-France en 2011 et les réponses de 227 médecins ont pu être analysées. La comparaison de ces résultats montre une évolution des pratiques en dix ans. Les violences conjugales sont mieux repérées. Les généralistes ont plus souvent abordé la question avec leurs patientes. Les médecins travaillent de façon plus systématique en réseau et en particulier avec des associations spécialisées. La rédaction du certificat descriptif est presque systématique. La question des violences conjugales n'est toujours pas abordée systématiquement. Les violences conjugales et en particulier les violences sexuelles restent insuffisamment repérées. Les médecins se jugent insuffisamment formés et informés sur l'accompagnement des femmes victimes de violences. Les résultats de ce travail sont très encourageants concernant l'évolution des pratiques des médecins généralistes, leur repérage et leur prise en charge des femmes victimes de violences conjugales mais certains points restent à améliorer.

Résumé en anglais :

Domestic violence is an important public health issue. One woman out of four will, during her life, suffer from domestic violence either physical, psychological, verbal, sexual or economical. General practitioners are essential in detecting and managing domestic violence. How have the practices of general practitioners evolved in the last decade? In 2000, the practices of 235 generalists concerning intimate partner violence have been studied. The same survey was sent in 2011 to generalists working in Ile-de-France and 227 answers were analyzed. The results of these surveys were compared. In the last decade, there has been an evolution of the generalists' practices. The screening for domestic violence is more efficient. Generalists ask about intimate partner violence more often. Generalists more often work with a multidisciplinary network and especially with associations

specialized in victims care. A descriptive certificate is almost always written. But general practitioners don't always ask about domestic violence. Intimate partner violence and especially sexual violence are under-detected. According to them, generalists are under-informed to manage domestic violence. The results of this survey attest of an improvement of the generalists' practices concerning domestic violence, its screening and its managing but some aspects could still be improved.

Introduction :

Les violences conjugales regroupent l'ensemble des violences qu'exerce au sein du couple un partenaire sur l'autre afin d'établir un « rapport de domination »⁽¹³⁾. Le problème est d'une telle ampleur que les violences conjugales ont été déclarées grande cause nationale pour l'année 2010⁽¹⁴⁾.

Il existe différents types de violences conjugales : verbales, psychologiques, économiques, physiques, sexuelles, sur les enfants, sur les animaux. Ces violences existent dans tous les milieux culturels et sociaux, il n'existe pas de profil type de femme victime de violences conjugales ni de profil type d'homme violent. Il s'agit d'un problème de société, les violences conjugales étant favorisées par les rapports hommes/femmes et par la domination masculine dans la société, avant d'apparaître dans le couple. Dans le couple, les violences apparaissent comme un cycle, une spirale où alternent les périodes de violences et d'accalmie.

En 2000, selon l'enquête ENVEFF, une femme vivant en couple sur 10 aurait été victime de violences conjugales dans l'année⁽¹⁵⁾. Une enquête de l'observatoire national de la délinquance dite enquête de victimation estime que 405 000 femmes ont été victimes de violences conjugales physiques en 2009 en France⁽¹⁶⁾. Une étude, réalisée par Psytel, estime à 369 le nombre de femmes

¹³ Souffron K. Les violences conjugales. Toulouse : Milan, 2007.

¹⁴ Henry N. Frapper n'est pas aimé. Paris : Denoël, 2010.

¹⁵ Freydt C, Lazimi G. Repérer les violences faites aux femmes. Le généraliste 2011 ; 2564.

¹⁶ Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice, Observatoire national de la délinquance et de réponses pénales. La criminalité en France, Rapport de l'Observatoire national de la délinquance et des réponses pénales 2010. Paris : CNRS éditions, 2010.

décédées des suites de violences conjugales en 2006, soit environ une par jour⁽¹⁷⁾.

Les violences conjugales ont des conséquences très lourdes sur la santé des femmes³. Les victimes de violences conjugales se déclarent en moins bonne santé que les autres, souffrent des blessures infligées par leur conjoint et souffrent également de plus de nombreuses douleurs chroniques. Elles ont plus de troubles psychosomatiques, de pathologies cardiovasculaires, d'ulcères gastriques, d'infections sexuellement transmissibles, de grossesses non désirées, de fausses couches spontanées, de conduites addictives, de syndrome anxio-dépressif. Beaucoup de ces femmes souffrent de syndrome de stress post-traumatique⁽¹⁸⁾.

Le médecin est un des intervenants dans la prévention, le repérage, la prise en charge, le soutien psychologique et l'accompagnement des femmes victimes de violences conjugales, c'est un acteur essentiel⁽¹⁹⁾, un interlocuteur privilégié des victimes. En 2000, le Dr Morvant soutenait sa thèse de médecine : « le médecin face aux violences conjugales »⁽²⁰⁾. Elle s'intéressait au repérage des violences conjugales, à la prise en charge de ces violences et aux problèmes rencontrés par les généralistes dans leurs pratiques.

Les pratiques des généralistes d'Ile-de-France face aux violences conjugales se sont-elles améliorées en dix ans ?

Méthode :

En 2000, un questionnaire concernant les violences conjugales a été envoyé à 1 000 médecins généralistes d'Ile de France sélectionnés au hasard. Deux cent vingt-cinq réponses obtenues à ce questionnaire ont été analysées. Cette analyse montrait que les médecins généralistes ayant répondu à son questionnaire étaient nombreux à prendre en charge des victimes de violences conjugales mais que le nombre de femmes vues restait très en dessous du nombre réel de victimes. Si les généralistes rédigeaient de façon quasi-systématique un certificat descriptif, ils savaient peu orienter les femmes vers des structures appropriées à leur prise en charge. Enfin, ce travail mettait en avant les difficultés rencontrées par les généralistes et, entre autres, le manque de formation.

¹⁷ Nectoux M. Étude psytel "Estimation de la mortalité liée aux violences conjugales en France « IPV EU_Mortality »" Projet n°JLS/2007/DAP-1/140. 2006.

¹⁸ Memoiretraumatique.org (site de l'association dont le Dr Muriel Salmona est la présidente).

¹⁹ Henrion R. Les femmes victimes conjugales, le rôle des professionnels de santé : rapport au ministre délégué à la santé. Paris : La Documentation française ; 2001.

²⁰ Morvant C. Le médecin face aux violences conjugales : analyse à partir d'une étude effectuée auprès de médecins généralistes. Thèse med. Paris VI, Saint Antoine, 2000.

Notre étude a été réalisée en 2011 pour évaluer les pratiques des médecins concernant le repérage des victimes de violences conjugales, les aides obtenues par ces femmes, la prise en charge par le médecin des violences conjugales et les difficultés rencontrés par les médecins lors de cette prise en charge. Le questionnaire de l'étude précédente a été renvoyé, par voie électronique, à 1 000 généralistes d'Ile de France sélectionnés au hasard. Cet envoi s'est effectué par le biais d'une société de marketing disposant des coordonnées des médecins généralistes d'Ile de France. Ce questionnaire a également été envoyé par courrier électronique à 561 généralistes enseignant dans les facultés de médecine d'Ile de France.

Les résultats obtenus ont été traités avec le logiciel Excel. Les 227 réponses obtenues en 2011 ont d'abord été traitées seules pour permettre d'évaluer les pratiques des généralistes en 2011. Des tests du khi deux ont été utilisés pour comparer les pratiques de 2000 et 2011. Le seuil de $p \leq 0.05$ a été retenu comme seuil de significativité statistique.

Résultats :

Le tableau 1 présente les caractéristiques des médecins ayant répondu à l'étude. En 2011, 58 % des médecins ayant répondu sont des hommes. L'âge moyen de ces médecins est de 52 ans au moment du questionnaire, ils exercent en moyenne depuis 22.6 ans. Les enseignants des facultés de médecine d'Ile de France représentent 43.4 % des médecins ayant répondu.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins de l'étude

Caractéristiques des médecins de l'étude (N = 227) % (n) ou Moyenne [Et]	
Sexe : Homme	58 (127)
Femme	42 (92)
Age (ans)	52 [28 – 71]
Durée d'exercice (ans)	22.6 [1 – 40]
Lieu d'exercice : 75	24.5 (50)
77	2.5 (5)
78	6.4 (13)
91	12.7 (26)
92	14.7 (30)
93	20.5 (42)
94	12.3 (25)
95	6.4 (13)
Secteur d'activité : 1	85.6 (178)
2	14.4 (30)
Exercice particulier : Oui	23.1 (39)
Non	76.9 (130)
Enseignant : Oui	43.4 (95)
Non	56.6 (124)

Le tableau 2 compare les réponses obtenues en 2000 et 2011. En 2000, 7,7 % des violences conjugales avaient été repérées par un questionnement du médecin. En 2011, ce sont 18,4 % des cas de violences conjugales. Le

mode de repérage des violences conjugales a évolué en dix ans ($p=1.68.10^{-6}$). En 2000, 46% des femmes avaient consulté pour un motif psychologique, en 2011 elles sont 56 %. Les motifs de consultations sont plus variés en 2011 qu'en 2000 ($p=0.022$). En 2011, deux fois plus de victimes ont été orientées vers des associations spécialisées : 22,7% en 2000, 42% en 2011 ($p=0.00017$). En 10 ans, le pourcentage de médecins ayant été en contact

avec un autre intervenant de la prise en charge est passé de 24 à 32 % ($p=0.027$). La prise en charge des victimes de violences doit comprendre l'orientation vers un réseau de prise en charge pour 39,2 % des médecins interrogés en 2000 et 75 % en 2011. Enfin, on note une diminution en 10 ans des difficultés liées à l'absence de symptômes et de profils spécifiques ($p=0.028$) et à la méconnaissance de ce que sont les violences conjugales ($p=0.025$).

Tableau 2 : Comparaison des pratiques des généralistes de 2000 et 2011

Question	Pratiques en 2011 % (n)	Pratiques en 2000 % (n)	p
Médecins ayant reçu en consultation des victimes dans l'année précédente.	67.3 (144)	59.6 (140)	0.09
Nombre de femme vue lors de l'année précédente : 0	0.8 (1)	1.5 (2)	0.71
De 1 à 6	85.7 (108)	88.6 (117)	
De 7 à 15	10.3 (13)	8.3 (11)	
Plus de 15	3.2 (4)	1.5 (2)	
Durée de suivi: Moy (ans) [Et (ans)]	6.9 [0 – 30]	5.6 [0 – 30]	0.71
Mode de découverte :			1.68.10 ⁻⁶
Problème abordé par la femme	69.0 (191)	84.6 (403)	
Questionnement du médecin	18.4 (51)	7.7 (37)	
Soupçon du médecin non confirmé	7.9 (22)	4.6 (22)	
Question abordée par une tierce personne	4.7 (13)	2.1 (10)	
Motif de consultation :			0.022
Troubles psychologiques	56.3 (139)	40.1 (190)	
Rédaction d'un certificat médical	44.9 (111)	50.1 (237)	
Prescription d'un psychotrope	32.0 (79)	31.0 (147)	
Traumatologie	25.9 (64)	30.6 (145)	
Troubles psychosomatiques	22.7 (56)	16.0 (76)	
Recherche d'informations sur les violences	11.7 (29)	6.3 (30)	
Demande de soins pour le mari/les enfants	6.5 (16)	6.9 (33)	
Toxicomanie	5.3 (13)	5.4 (26)	
Affection génitale	3.6 (9)	2.5 (12)	
Suivi de grossesse	2.8 (7)	1.0 (5)	
Autre	14.2 (35)	10.9 (52)	
Type de violence :			0.497
Physiques	70.8 (170)	73.3 (347)	
Verbales	66.7 (160)	63.6 (301)	
Psychologiques	59.2 (142)	51.5 (242)	
Economiques	20.8 (50)	23.0 (109)	
Sexuelles	20.4 (49)	15.4 (73)	
Indéterminées par le médecin	2.5 (6)	1.6 (8)	
Contact entre le médecin et un autre intervenant	32.1 (78)	24.3 (116)	0.027
Patientes adressées à :			0.000168
Police/gendarmerie	52.1 (124)	56.3 (270)	
Psychologue	52.9 (126)	51.7 (248)	
Association de soutien	42.0 (100)	22.7 (109)	
Travailleur social	31.5 (75)	21.5 (103)	
Autre structure médicale	16.4 (39)	19.4 (93)	
Proposition de rédaction de certificat descriptif	75.7 (181)	71.3 (336)	0.213
Si le certificat a été proposé, a-t-il été rédigé ?	76.6 (154)	83.3 (285)	0.0549
Sinon, consignation dans le dossier médical	61.1 (69)	50.8 (61)	0.116
Les médecins se jugent insuffisamment informés pour la prise en charge	66.9 (87)	60.3 (129)	0.217
Difficultés rencontrées :			0.028
Absence de symptômes/profil spécifiques	61.4 (78)	72.8 (158)	
Dissimulation par la femme	86.7 (110)	82.6 (181)	
Refus d'aide	52.0 (66)	53.9 (118)	
Relations avec la patiente	8.7 (11)	10.0 (22)	
Connaitre le mari	35.4 (45)	40.6 (89)	
Manque de formation pour le certificat	16.5 (21)	20.5 (45)	
Sentiment d'impuissance	36.2 (46)	47.0 (103)	
Manque de temps	25.2 (32)	21.0 (46)	
Méconnaissance de ce qu'est la violence	13.4 (17)	23.3 (51)	

La prise en charge des victimes de violences semble avoir évolué sur d'autres points mais ces améliorations ne sont pas statistiquement significatives. 67,3 % des médecins en 2011 (et 59,6 % en 2000) déclarent avoir reçu en consultation une victime de violences conjugales dans l'année ($p=0.09$). En 2000, les violences sexuelles étaient repérées dans 15 % des cas de violences conjugales, en 2011, elles sont repérées dans 20 % des cas ($p=0.050$). Les généralistes ont utilisé le dossier médical pour noter les résultats de l'examen clinique dans 50 % des cas en 2000 et dans 61 % des cas en 2011 ($p=0.116$). On note en dix ans une diminution des difficultés liées aux relations avec le mari ($p=0.339$) ou avec la patiente ($p=0.653$), au manque de formation pour la rédaction des certificats ($p=0.359$) et au sentiment d'impuissance des médecins ($p=0.058$). En 2011 comme en 2000, une femme sur deux est orientée vers la police ou vers un psychologue. La rédaction du certificat descriptif est presque systématique. Il est proposé dans 75,5 % des cas (en 2000 il était proposé dans 71,3 % des cas), ($p=0.213$). En 2000, 60,3% des médecins se jugeaient insuffisamment informés pour prendre en charge des victimes de violences conjugales ; en 2011 ils sont 66,9 %. Cette évolution n'est pas statistiquement significative ($p=0.217$).

Il n'y a que peu de différences entre les médecins enseignant dans une des facultés d'Île de France et les autres généralistes. Les enseignants ont mieux repéré les violences conjugales lors de consultations pour un motif psychologique. Entre les généralistes enseignants et les non enseignants en 2011 : 36 % des enseignants ont eu des contacts avec les intervenants du réseau de prise en charge pour 30 % des autres généralistes. 53 % des médecins non enseignants ont consigné l'examen clinique dans le dossier de la patiente, 68 % des enseignants l'ont fait. 37,9 % des enseignants se jugent suffisamment informés pour prendre en charge des victimes de violences conjugales pour seulement 29,2 % des autres médecins. Ces différences ne sont pas statistiquement significatives.

Discussion :

Cette enquête s'est intéressée à un problème de santé publique majeur : les violences conjugales. L'étude a permis de montrer une amélioration en dix ans dans le repérage et la prise en charge des victimes de violences conjugales. Ces résultats sont probablement liés à l'évolution de la société, à l'amélioration de la formation des médecins et à la sensibilisation des médecins à ce problème. Le médecin aborde plus souvent la question des violences conjugales avec ses patientes. Les motifs de consultation ayant permis le repérage des violences se sont diversifiés avec en particulier une amélioration du repérage sur une symptomatique psychologique. Les généralistes savent mieux utiliser le réseau de prise en charge et en particulier

les associations spécialisées. Les médecins ont plus été en contact avec ces autres intervenants (travailleurs sociaux, associations, police). Les violences conjugales et les différents types de violences sont mieux repérés par les médecins. Les généralistes ont plus utilisé le dossier médical en 2011 qu'en 2000. En 10 ans, on remarque une diminution des difficultés rencontrées par les médecins dans la prise en charge des victimes de violences conjugales. Les médecins orientent très fréquemment les victimes vers la police ou vers un psychologue. Le certificat descriptif est presque toujours proposé aux patientes.

Cette étude permet également de mettre en évidence les points sur lesquels les pratiques des généralistes peuvent être améliorées et ainsi cibler les formations sur ces points. De très nombreuses victimes ne sont pas repérées par leur médecin. Les médecins généralistes ne posent pas systématiquement la question des violences à leurs patientes, ce qui permettrait d'augmenter le nombre de victimes repérées. Les violences sexuelles restent un sujet tabou pour les médecins et ne sont pas suffisamment repérées. Elles ne sont repérées que dans 20 % des cas alors qu'elles sont presque toujours associées aux autres types de violences. La communication entre les différents intervenants doit être améliorée ainsi que la formation des médecins. En 10 ans, on constate une aggravation non significative du manque d'information des médecins. Ce manque d'information ressenti par les médecins est possiblement lié à la prise de conscience des médecins de l'ampleur du problème.

Ce travail a le mérite de s'intéresser à un thème encore peu abordé par la littérature scientifique dans les périodes de soins primaires. Cette étude a porté sur les pratiques des généralistes vis-à-vis de patientes qu'ils avaient reçus en consultation, il s'agit donc d'un questionnement sur les pratiques réelles des généralistes et non sur une prise en charge théorique des victimes. Cela permet de mieux évaluer comment les médecins agissent vis-à-vis des femmes victimes de violences.

Cette étude comporte plusieurs biais. Les médecins ayant répondu à ce questionnaire étaient probablement les plus sensibilisés aux problèmes des violences conjugales. Leurs pratiques pourraient donc être plus efficaces que celles des médecins n'ayant pas répondu à l'enquête. Le questionnaire était long et certains médecins n'ont pas fini le questionnaire. La formulation des questions a pu induire certaines réponses (la formulation par QCM permet aux médecins de sélectionner des réponses auxquelles ils n'auraient peut-être pas pensé). Une enquête déclarative présente certaines faiblesses intrinsèques. Le questionnaire portait sur des consultations passées et demandait donc aux médecins un effort de mémoire. Cette

méthode n'est pas toujours fiable, la mémoire étant subjective. Dans certains cas, une enquête déclarative peut même permettre au médecin de modifier les faits, en effet, il n'est pas toujours facile d'admettre aux autres et à soi-même qu'il a existé un manque dans la prise en charge de la patiente. Enfin, le nombre de réponses obtenues n'a pas toujours permis de mettre en évidence de différence significative dans l'évolution en 10 ans.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude similaire à ce travail, qui aurait permis une comparaison et une confirmation des résultats obtenus. La littérature montre que les médecins ne remettent pas en question leurs pratiques. Le problème le plus souvent cité est la dissimulation des violences par les femmes alors que le médecin n'a pas posé la question ; de la même façon, le problème vient-il du refus de l'aide par la femme ou de l'absence d'offre d'aide ? Les médecins devraient poser systématiquement la question des violences conjugales à leurs patientes pour permettre un meilleur repérage de ces violences³. Enfin une étude en cours montre que si les médecins rédigent le plus souvent le certificat descriptif, la qualité de ce dernier devrait être améliorée.

Conclusion :

L'analyse et la comparaison des réponses des médecins au questionnaire permettent de mettre en évidence une évolution en 10 ans des pratiques. Les violences conjugales sont mieux repérées. Les généralistes ont plus souvent abordé la question avec leurs patientes. Les médecins travaillent de façon plus systématique en réseau et en particulier avec des associations spécialisées. La rédaction du certificat descriptif est presque systématique. La question des violences conjugales n'est toujours pas abordée systématiquement. Les violences conjugales et en particulier les violences sexuelles restent insuffisamment repérées. Les médecins se jugent insuffisamment formés et informés sur l'accompagnement des femmes victimes de violences.

Les résultats de ce travail sont très encourageants concernant l'évolution des pratiques des médecins généralistes, leur repérage et leur prise en charge des femmes victimes de violences conjugales mais certains points restent à améliorer.

*Le dossier : pour une nouvelle loi
de santé publique*

Faisons un rêve : la future loi de santé publique

Par le D^r Alain Brémaud responsable du dossier

Selon l'OMS la France est dans le groupe de tête, parmi 191 pays, concernant les performances du système de santé. Cependant les inégalités sociales de santé ne se sont pas résorbées en France, et même se sont aggravées. L'espérance de vie, surtout si on la considère en bon état de santé sans incapacité, est inégalitaire et les effets des divers déterminants de santé pourraient bien la faire diminuer à nouveau. Les renoncements aux soins concernent des millions de nos concitoyens. La santé publique demeure balbutiante dans notre pays et souffre autant d'inorganisation que d'absence de financements pérennes. L'assurance maladie est en équilibre précaire malgré les multiples remboursements, sous diverses formes, mis en œuvre au fil des années et des gouvernements. Les assurances complémentaires mutualistes ou privées sont de plus en plus discriminantes écartant de leur action près de 8 millions de personnes et proposant des paniers de soins de remboursements différents selon les niveaux de cotisations. Ce n'est plus la santé selon ses besoins mais selon ses moyens. De surcroît le territoire national est très inégalement couvert en matière d'offre de soins, aboutissant, dans de nombreuses régions, à de véritables déserts médicaux surtout si l'on considère l'offre de soin socialement accessible pour tous en matière de tarifs, remboursements et tiers payant. Au fil des gouvernements des réformes se sont succédé avec toutes les mêmes caractéristiques affligeantes : pas de perspective sur le long terme ; pas de volonté de véritable organisation nationale pour le soin comme pour la prévention ; la priorité toujours donnée à la recherche d'économie immédiate sur les dépenses de santé ; pas de prise en compte des bénéfices sanitaires, sociétaux et financiers d'un système sanitaire performant et de qualité ; pas de réforme qui ne soit infléchie ou dictée par les grands lobbys et les intérêts financiers.

Dans ce contexte, quand, en février 2013, le premier ministre Jean-Marc Ayrault décide de la mise en chantier d'une Stratégie Nationale de Santé et charge Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé, de piloter celle-ci, avec pour objectif principal la refondation d'une politique publique en matière de santé, notamment pour réduire les inégalités sociales de santé et renforcer les parcours de santé des citoyens sur le territoire, on ne peut-être qu'intéressé et satisfait d'une telle démarche. Celle-ci doit aboutir à une grande loi de santé publique en 2014, définissant le cadre de l'action publique pour les années à venir, intégrant les nombreux

travaux engagés par le gouvernement (en particulier le Pacte de confiance à l'hôpital et le Pacte territoire santé) et prenant en compte les nombreux rapports commandités par le gouvernement sur ces sujets (comme celui du Comité des sages) dont certains semblent déjà avoir été égarés dans des tiroirs anonymes... Les attentes sont aussi grandes que les enjeux et les besoins sont considérables. Espérons que cela ne sera pas une réformette de plus, passant à côté de l'essentiel. Il en va de l'intérêt national et de la santé de tous nos concitoyens. Trop souvent les politiques nous ont habitués à faire, à des moments stratégiques pour eux, des annonces de réformes et de prises en compte des problématiques, des analyses pertinentes de celles-ci, d'énoncer des titres de réformes à promouvoir adaptés mais avec des contenus de celles-ci souvent désespérants quand ils ne sont pas en contradiction avec le titre et l'annonce qui les habillent. Souhaitons que nous n'allions pas vers une déception de plus car c'est de la santé de nos contemporains et de l'avenir sanitaire de notre pays dont il est question.

Mais revenons au sujet de satisfaction que représente la volonté affichée de refondation de notre système de santé, considéré performant mais inéquitable. Quels sont les principaux objectifs de cette démarche :

- Améliorer l'état de santé des Français en fixant des grandes priorités de santé publique, investissant le champ de la promotion de la santé et de la prévention, développant l'éducation sanitaire, prenant en compte les déterminants de santé,
- Répondre aux besoins de santé de nos concitoyens,
- Lever les obstacles financiers à l'accès aux soins, réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, généraliser le tiers payant en 2017, généraliser (de manière obligatoire mais non pénalisante pour les salariés) la couverture complémentaire, agir sur les dépassements d'honoraires (après une tentative modeste et inefficace),
- « Révolutionner » le premier recours en matière d'organisation des soins et d'accès, favoriser décloisonnements, coopération et coordination des acteurs pour un parcours efficace des patients dans un territoire,
- Organiser le service public territorial de santé en particulier sur les questions de permanence et continuité des soins et d'urgences,
- Expérimenter des nouveaux modes de rémunération des soignants sur objectifs de santé publique et

envisager des expérimentations de financements de parcours,

- Adapter les formations des professionnels et, pour faire face aux problèmes de démographie médicale, créer de nouveaux métiers moins qualifiés pour concrétiser des transferts de compétences du corps médical vers ces nouveaux métiers,
- Approfondir la démocratie sanitaire : concevoir une charte du bon usage du système de santé et faire progresser la représentation des usagers...
- Porter une attention particulière à la santé-environnement, la protection maternelle et infantile, la santé scolaire et la santé au travail.

Le chantier est d'importance et les différents articles de notre dossier dresseront une partie de l'état des lieux, des insuffisances, des incohérences, des choix faits, des réformes en attente et des décisions non prises, des projets attendus, des besoins et des espoirs, des promesses et des désespoirs, dans plusieurs des thématiques sanitaires.

Ainsi, de l'avis du Conseil Économique et Social, il faut prendre en compte l'impact environnemental (conditions de vie, de travail), la progression des maladies chroniques et le niveau élevé des addictions. Il pointe plusieurs lacunes de notre système de santé : affectations des financements difficiles à identifier entre curatif et préventif, gouvernance complexe et multiple pour tout ce qui se rapporte à la santé, pluralité des acteurs nationaux et locaux aux compétences mal définies. Il préconise, entre autres, un véritable parcours de prévention ; des formations adaptées des professionnels de santé ; des campagnes de prévention qui tiennent compte des aspirations, des réticences et des refus des populations ; des règles au niveau de la pollution et le cadre de vie ; l'initiation d'une gouvernance nationale de la prévention qui évite la dispersion des acteurs des différents secteurs sans coordination ni continuum stratégique.

La prévention, la promotion de la santé, l'éducation sanitaire bénéficient de l'élaboration de programmes, de la définition de priorités et de la mise à la disposition de financements ciblés. Mais ces derniers sont non pérennes mettant en danger la poursuite efficace de ces programmes ; les pilotes des actions sont multiples et émanent des différents secteurs et ministères ayant à prendre des décisions pouvant contribuer à une prise en compte sanitaire sans véritable coordination nationale. Mais le pire est dans la situation des acteurs. Il en existe deux catégories :

- ceux qui sont reconnus comme tels : professionnels de la santé scolaire, de la médecine du travail, de la PMI, dont le nombre fond comme les icebergs probablement du fait du réchauffement climatique,

- ceux qui ne sont pas identifiés comme tel, les promoteurs de projets de santé publiques locaux qui répondent aux appels à projets régionaux et nationaux, obtiennent ou non des financements pour un ou deux ans ou plus... enfin des acteurs volontaires et aléatoires. Tout cela fait que selon les acteurs, leurs compétences, leurs préoccupations, les financements obtenus ou non, il sera fait une campagne anti tabac d'envergure dans les écoles d'une ville, négligeable ou inexistante dans les villes voisines, un dépistage ou une action d'éducation sanitaire conséquents dans un département, absents dans un autre. Pas de logique dans tout cela, seulement le hasard de l'existence d'acteurs de terrains, d'élus locaux, de professionnels engagés s'emparant de propositions de programmes nationaux et obtenant, avec grandes difficultés, des financements pour quelque temps. Organiser la santé publique doit se faire avec une coordination nationale, tenant compte des besoins et des attentes des populations, consacrant des financements pérennes pour des acteurs de terrain, de proximité prenant en compte les spécificités des populations, les déterminants de santé, les facteurs environnementaux. Mais établir un programme doit passer par la définition de qui doit faire quoi. Pas de véritable politique de santé publique sans la définition des professionnels obligatoirement impliqués. Par ailleurs, les inégalités sociales de santé et les inégalités territoriales de présence d'offre de soins sont autant à prendre en compte pour le préventif que pour le curatif.

Qu'en est-il par exemple, du secteur de la PMI, qui souffre à la fois du désengagement des ministères de la santé successifs pour la politique de santé publique de l'enfant et de la famille et des méfaits de la décentralisation avec un investissement très inégal des départements pour leurs missions de santé ? Les activités de ce secteur sont supprimées ou amputées, de nombreux postes des diverses catégories de professionnels sont vacants. Il est devenu urgent de recruter, de confirmer les missions de ces services, de leur permettre d'investir une partie du curatif dans le prolongement du préventif, de constituer un service public local de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille et de coordonner les différents acteurs de santé grâce à une instance nationale et régionale pour la promotion de la santé de l'enfant et de la famille.

Après la promotion de la santé, le domaine du soin ambulatoire est celui qui souffre le plus des inégalités sociales de santé, des inégalités territoriales d'offres (surtout accessibles socialement), de l'inorganisation et du manque de rationalité de cette offre sur le territoire, des réformes successives priorisant la maîtrise des dépenses de santé au détriment de la réponse aux besoins

de santé. Pourtant, il faudrait partir des besoins de santé de la population, de la nécessité d'un parcours de santé global cohérent des personnes dans leurs territoires, dans le cadre d'une proximité géographique et d'accessibilité financière. Il faut veiller à une bonne articulation et complémentarité entre l'ambulatoire et l'hôpital et entre le curatif et le préventif.

Les centres de santé représentent une synthèse positive en termes : de modes d'exercice (salarie, pluridisciplinaire, travail d'équipe) ; de distribution des soins rationnelle (coordination des soins, parcours de soins, plateau technique) ; d'accessibilité pour les patients (tarifs conventionnels, tiers payant sécu et complémentaire) ; d'attachement à un mode de rémunération à la fonction évitant les choix de soins favorisant les équilibres budgétaires ; de prise en charge globale des patients, d'organisation de leurs parcours de soins et de santé, d'association des activités curatives et préventives par des acteurs de proximité. Si leurs qualités et leurs apports sont maintenant reconnus, les financements de leurs missions et obligations restent très partiels, les préconisations du récent rapport de l'IGAS (commandité par le ministère de la santé) restent lettres mortes, les revendications de leurs promoteurs, de leurs professionnels et de leurs usagers ne sont pas écoutées et la nécessité impérieuse d'une renégociation de leur accord conventionnel (après plus de cinq ans d'existence) est niée. Il serait pourtant opportun de créer un statut d'établissement de santé publique ambulatoire, ainsi qu'un statut de praticien ambulatoire, et de prendre en compte les missions et les services rendus de ces structures par de nouveaux modes de financements complémentaires.

Les centres de santé contribuent à la formation initiale en médecine générale en étant souvent lieux de stages. Cette formation en médecine générale a besoin d'être développée avec une cohérence entre soins, prévention, recherche et enseignement en un même lieu. La santé publique, la relation médecin-malade, la prise en compte des déterminants de santé sont des rubriques à mieux intégrer dans le cursus médical.

L'hôpital, quant à lui, a besoin d'être refondé, resitué dans le système global de santé comme dans le parcours de soins des patients. Mais qu'attendre d'une loi de santé sur ce secteur sans envisager la remise en cause de la loi HPST et du financement T2A dévastateur sur le plan sanitaire ? Comment sera pensé le maillage d'offre de soin et celui de santé sur l'ensemble du territoire en tenant compte des besoins et des niveaux de réponses nécessaires à ceux-ci ?

Pas de loi de santé sans évoquer la démocratie sanitaire. Celle-ci est souvent réduite, et cela arrange bien les politiques, aux droits des patients par rapport aux soignants. Comment parler de véritable démocratie sanitaire quand le renoncement aux soins pour raison sociale touche des millions de nos concitoyens ? Comment envisager la démocratie sanitaire quand le poste budgétaire de santé des ménages est tant sacrifié faute de moyens ? Comment parler de démocratie sanitaire quand l'assurance maladie est de moins en moins solidaire et les mutuelles complémentaires de plus en plus discriminantes ? Comment parler de démocratie sanitaire quand l'organisme décideur et financeur essentiel dans notre pays, l'Assurance Maladie, n'organise pas d'élections pour sa représentation depuis des dizaines d'années ? Comment parler de démocratie quand, aux différents échelons de la vie publique, ceux qui sont censés nous représenter, pour beaucoup, sont si peu au service de leurs électeurs ?

Un dernier point est source d'inquiétude ; dans ces temps où la fiscalité est de plus en plus lourde pour la population laborieuse et retraitée de notre pays, et où les choix politiques et budgétaires du gouvernement préservent de plus en plus les grands bénéficiaires internationaux du CAC 40 : les sources de financement de cette future loi... !

Les sujets sont riches, divers et importants concernant cette future loi de santé. Le contexte actuel d'une rigueur choisie pour la population, permettant à la bourse de caracoler et au MEDEF de se réjouir de la politique menée par le gouvernement, est très péjoratif pour les décisions à venir. Espérons qu'il restera quelque chose des intentions affichées au départ. En tous les cas, les contributions à ce dossier interpellent et permettent de rêver à ce que pourrait, ce que devrait être, une loi de santé redéfinissant pour notre pays et sa population une véritable stratégie sanitaire.

Stratégie nationale de santé : ouvrir des horizons nouveaux à la protection maternelle et infantile

Par le D^r Pierre Suesser⁽²¹⁾, Pédiatre en protection maternelle et infantile
& Président du Syndicat national des médecins de PMI

Introduction

La PMI est une politique nationale de protection et de promotion de la santé de la famille et de l'enfant, ouverte à tous, gratuite et de proximité, dont les missions sont fixées par la loi. Les services de PMI, chargés de les mettre en œuvre, dépendent des Conseils généraux.

Parmi ces missions figurent : des consultations médicales préventives, des visites à domicile, des bilans de santé en école maternelle, des actions médico-sociales de soutien aux familles, des activités de planification et d'éducation familiales, des actions de prévention et de prise en charge des enfants en danger, des activités d'agrément et de contrôle des modes d'accueil de la petite enfance, le traitement d'informations épidémiologiques et en santé publique. Les services de PMI réalisent notamment dans ce cadre des vaccinations, des actions de dépistage, de soutien à la fonction parentale, d'accompagnement et d'éducation pour la santé dans des situations de handicaps et de maladies chroniques, des activités de contraception, de lutte contre les violences faites aux femmes, etc.

Or aujourd'hui les services et les équipes de PMI sont fragilisés dans de nombreux départements : beaucoup de consultations de nourrissons et de femmes enceintes, et de planification familiale, de bilans de santé en maternelle, sont supprimés ; sinon les délais de rendez-vous s'allongent, le suivi d'enfants après 2 ans se restreint, les visites à domicile en pré et post-natal se raréfient. On ne compte plus les postes vacants, s'agissant surtout des médecins, mais aussi des puéricultrices, des sages-femmes... Le désengagement de cette politique de santé publique de l'enfant et de la famille par les ministères de la santé successifs, combiné à l'investissement très inégal de leurs missions de santé par les départements, y est pour beaucoup.

Pourtant les principes que le dispositif de PMI applique de très longue date pour la santé de l'enfant et de la famille, convergent avec ceux qui sous-tendent la récente stratégie nationale de santé adoptée par le gouvernement,

qui a pour maîtres mots : promotion de la santé et prévention, parcours de santé coordonné, prise en charge globale, coopération entre professionnels, action sur les déterminants de santé, service public territorial de santé, lutte contre les inégalités sociales de santé.

Le contexte des difficultés actuelles du dispositif de PMI

Près de 30 ans de décentralisation se traduisent par l'atomisation des missions de PMI et de planification familiale en autant de politiques que de départements. L'État, délaissant sa fonction régaliennne, n'a plus impulsé aucune politique nationale globale de santé en faveur de la famille, de l'enfant et des jeunes et n'a pas cherché à mettre en œuvre des outils de régulation pour garantir une égalité d'accès à des services de PMI sur tout le territoire. Ainsi le code de la santé publique énonce l'ensemble des missions⁽²²⁾ et fixe des normes minimales d'activités et de professionnels mais les services de PMI sont placés sous l'autorité des conseils généraux : il y a donc une tension entre l'existence d'une législation nationale très précise et celle d'un cadre d'application décentralisé depuis 1983, sans politique nationale incitative ou régulatrice.

La situation actuelle des collectivités locales et du système de santé place dès lors les services de PMI et de planification familiale face à un nœud de difficultés. Alors que leur vocation première est d'apporter des réponses globales en termes de prévention et de promotion de la santé auprès des enfants, des familles, des femmes et des jeunes, diverses instances décisionnelles nourrissent des réflexions distinctes quant aux évolutions envisagées, mais toutes susceptibles d'éloigner les services de PMI de leurs missions fondamentales. Certains décideurs départementaux perçoivent essentiellement le rôle de la PMI comme celui d'un bras sanitaire de la protection de l'enfance ou comme celui d'un filet sanitaire résiduel répondant aux seules situations d'urgence sociale. D'autre part, la situation de pénurie grandissante du système de soin de proximité, notamment sur le plan pédiatrique et gynéco-obstétrical, peut conduire certaines ARS à envisager le recours croissant aux professionnels de PMI dans le cadre

²¹ Auteur de « Petite enfance, penser la prévention en grand ». Toulouse, Édition érès 2013

²² Les activités prévues au titre de la PMI sont inscrites dans le Code de la santé publique (articles L.2112-1 et L.2112-2).

des soins curatifs, alors même qu'une situation de démographie défavorable des professions de santé touche dès à présent directement les services de PMI eux-mêmes⁽²³⁾. Il s'agit donc d'évolutions inspirées par des contraintes conjoncturelles, organisationnelles et ne portant que sur une partie des missions de la PMI, les réduisant le plus souvent à une fonction de variable d'ajustement.

Originalité du dispositif de PMI dans le système de santé français

La description du dispositif de PMI et l'explicitation des missions à préserver, à promouvoir et à développer ont fait l'objet d'un document publié en 2011 par 14 organisations professionnelles, syndicales, familiales et citoyennes⁽²⁴⁾.

Voici un aperçu des principales caractéristiques du dispositif de PMI :

- Implication de divers acteurs (État, collectivités locales, Assurance-maladie), définition légale des missions (code santé publique).
- Service public de santé globale agissant en population, associant une approche universelle des publics concernés et des actions contextualisées vers des publics exposés à des difficultés spécifiques.
- Missions essentiellement tournées vers la prévention et la promotion de la santé, n'excluant pas la pratique de soins curatifs dans le prolongement des soins préventifs.
- Exercice médico-psycho-social clinique de terrain combiné à la mise en œuvre de programmes de santé publique, de prévention, d'éducation pour la santé.
- Prise en compte et action d'ensemble sur les déterminants de la santé, notamment dans le cadre de la réduction des inégalités de santé touchant l'enfance et la famille.
- Pratiques de pluridisciplinarité et de partenariat, activités en structures de santé (centres de PMI, centres médico-sociaux...) et dans la cité (domicile, école...).
- Accessibilité : gratuité des prestations, proximité des structures et/ou intervention au sein des milieux de vie.

²³ Selon le Conseil supérieur de la Fonction publique territoriale, on comptait 3232 médecins territoriaux titulaires au 31/12/2007 et plus que 3050 médecins territoriaux titulaires au 31/12/2009. Le Centre national de la fonction publique territoriale relève pour sa part qu'en 2008 on comptait 7630 médecins territoriaux titulaires et non titulaires, chiffre qui est tombé à 5013 en 2011. Le nombre de médecins de PMI (en ETP) qui était de 2250 en 2009 est passé à 2080 en 2011. Enfin la DREES indique qu'entre 2009 et 2011, en seulement 2 ans, les 20 départements employant le plus de médecins (62 % du total des médecins) ont perdu 11 % de leurs effectifs médicaux.

²⁴ http://www.snmpmi.org/IMG/pdf/document_inter_organisations_avenirPMI__4nov2011_pour_les_sites.pdf

Stratégie nationale de santé de l'enfant et de la famille : enjeux et perspectives

Concernant la santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille, tous les acteurs s'accordent en principe sur l'importance d'assurer la continuité sur plusieurs registres : continuité entre les différents âges de l'enfance (périnatal, petite enfance, enfance, adolescence), continuité entre les dimensions préventives et curatives des soins, continuité entre les différents métiers impliqués auprès des enfants, sur le plan de la santé (santé périnatale, pédiatrie, puériculture, pédopsychiatrie, psychologie, orthophonie, psychomotricité, ORL, ophtalmologie, etc.) et sur les autres dimensions de la vie des enfants (éducation, culture, social, etc.), et donc continuité entre les différentes institutions concernées.

Dans ce cadre la question de l'articulation entre soins préventifs et curatifs mérite discussion. De la grossesse à l'accouchement, du bébé à l'enfant puis à l'adolescent, les actions menées dans le cadre de la politique de PMI sont avant tout préventives. En effet la grossesse n'est pas une pathologie, pas plus que l'accouchement, pas plus que la croissance et le développement d'un enfant ni que l'accès à la sexualité et à la planification familiale. S'ajoute naturellement à cette pratique préventive la prise en compte de pathologies bénignes, ORL, ainsi que de grandes variantes de développement et de comportement qui peuvent poser question chez des enfants... sans oublier le dépistage de troubles plus sévères sensoriels, cognitifs, psychoaffectifs, pédopsychiatriques qui vont nécessiter un accompagnement jusqu'à une orientation spécialisée. La difficulté à distinguer radicalement soins préventifs et soins curatifs tient notamment à la période de la vie dans laquelle s'inscrit le champ d'action de la PMI. On peut cependant noter que dans la pratique des services de PMI le curatif se situe essentiellement dans le prolongement d'une activité principalement préventive, alors qu'en médecine de ville ambulatoire ou hospitalière, le préventif s'inscrit plutôt dans le prolongement d'une pratique tournée vers le curatif. Cette originalité du dispositif de PMI dans le système de santé devra être préservée, dans la perspective d'une évolution de tout le système vers plus d'intégration entre ses différentes composantes.

Les multiples enjeux de continuité évoqués impliquent de construire des instances de coordination et de mise en cohérence des politiques de santé des enfants (et plus généralement des politiques de l'enfance).

Plusieurs éléments devraient y concourir :

- La création d'une instance nationale pour la promotion et la protection de la santé familiale et infantile est indispensable pour favoriser l'impulsion d'une

politique nationale de santé de l'enfant et de l'adolescent, de la famille. Instance dont le degré d'intégration avec la commission nationale de la naissance et de la santé de l'enfant est à discuter.

- Cette instance nationale pourrait trouver son pendant auprès des ARS sous la forme d'une instance régionale pour la promotion de la santé de l'enfant et de la famille, réunissant tous les acteurs concernés, chargée de mutualiser les expériences, de favoriser une pensée plurielle sur les enjeux de la prévention et des soins et d'impulser des stratégies partagées, en s'appuyant sur les pratiques de terrain et en favorisant les élaborations locales.
- Au plan local, il faudrait charpenter sur un mode fonctionnel des espaces communs de travail permanent. Une des pistes serait de rassembler en équipes de travail souples mais pérennes tous les professionnels de santé de l'enfance sur un territoire commun. Cette articulation fonctionnelle entend favoriser des habitudes de travail partenarial dans le champ des soins préventifs qui nous intéresse, les situant en continuum avec celui des soins curatifs, et articulés avec les autres sphères de la vie des enfants et des familles.

Des propositions ont ainsi été faites dans le sens de l'impulsion et de la coordination des politiques et des acteurs de santé par des groupes de travail de la conférence nationale contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de décembre 2012^{(25),(26)}. Les travaux actuels sur un « service territorial de santé » engagent à poursuivre cette construction.

Propositions d'un cadre pour préserver et développer l'action des services de PMI

1) *Les services de PMI doivent conserver leur ancrage local (actuellement au département)⁽²⁷⁾ et leurs missions actuelles*, à savoir la prévention et la promotion de la santé de l'enfant et de la famille, la planification familiale, les modes d'accueil, la protection de l'enfance, le dépistage et l'accompagnement des enfants porteurs de handicap et de maladies chroniques, la production de données épidémiologiques et de recherches dans son domaine de compétence, etc.

²⁵ cf. groupe de travail sur les familles vulnérables : Orientation n° 4 : *Lancer un plan national de santé de l'enfant et de l'adolescent, axé sur les principes de prévention et d'intervention précoce et de coordination de tous les dispositifs de santé de l'enfant.*

²⁶ cf. groupe de travail santé accès aux soins : proposition de mettre en place un service public local de santé de première ligne.

²⁷ La décision de transférer les missions du département à une future métropole du grand Lyon nécessite une réflexion spécifique sur la place du service de PMI dans ce contexte spécifique, mais amenée à se reproduire ?

Ces services doivent bénéficier de financements élargis pour faire face à leurs missions qui ont considérablement été développées depuis les années 1980 : de la part de l'Assurance maladie (en accroissant la liste des actes remboursables et en prévoyant des financements forfaitaires sur fonds de prévention), de la part des ARS (financement pluriannuel de programmes coopératifs en prévention et santé publique, contrats ayant pour objet d'améliorer la qualité et la coordination des soins et dotations contribuant à financer l'exercice coordonné des soins), de la part de l'État (notamment au titre des missions de prévention incluses dans la loi de 2007 sur la protection de l'enfance). À cet égard le statut des centres de PMI, à la fois partie prenante d'un service non personnalisé du département (le service de PMI) et reconnu comme structures de santé particulières (avec l'attribution de numéros FINESS), doit ouvrir droit à tout mode de financement en tant qu'organisme délivrant des soins de santé.

La question d'un plan d'urgence pour recruter les professionnels médicaux, paramédicaux, psychologiques, éducatifs et sociaux, afin de maintenir et de développer le dispositif de PMI, constitue également une priorité.

2) En lien avec les travaux gouvernementaux sur la stratégie nationale de santé et la perspective d'un service public territorial de santé, *le dispositif de PMI a vocation à s'associer à une instance publique formalisant une coopération locale*, dans un cadre fonctionnel, avec tous les acteurs de santé intervenant dans ce champ : PMI, services de santé scolaire, RASED, inter-secteurs de pédopsychiatrie, CMPP, services hospitaliers concernés, réseaux périnatalité, centres de santé, pédiatres et généralistes libéraux participant aux missions de service public, paramédicaux... En ce sens la constitution d'un *service public local de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille* est une formule à examiner dans ses tenants et aboutissants.

S'appuyant sur la définition d'une politique nationale et régionale de santé de l'enfant, ces regroupements élaboreraient des priorités et des modalités de coopération respectant les champs et prérogatives de chaque composante tout en favorisant une meilleure coordination et intégration des missions et activités mises en œuvre. Ces regroupements bénéficieraient d'une animation et d'une coordination publique assurée de façon collégiale, associant ARS, conseil général, pôles hospitaliers concernés. Leur financement serait assuré par une dotation de service public venant conforter les financements existants

3) *Ce service public local de santé de l'enfant, de l'adolescent et de la famille* a lui-même vocation

à coopérer avec les autres acteurs du même territoire que sont les professionnels de l'éducation nationale, des modes d'accueil, des maisons des parents, les lieux d'accueil parents-enfants, l'ASE, les services sociaux, les clubs de prévention, la PJJ,... et tout le secteur associatif (notamment familial).

Conclusion

La stratégie nationale de santé, la perspective de services territoriaux de santé de proximité, la prochaine loi de santé publique : autant d'occasions de préserver, développer, vivifier notre dispositif de protection maternelle et infantile. Cette expérience de la PMI est en effet assez unique dans notre système de santé : elle a depuis des décennies étroitement combiné, on l'a vu, l'intervention médico-sociale préventive de terrain, clinique et individualisée, avec l'action collective de santé publique, de promotion de la santé, de prévention et d'éducation pour la santé. Au moment où les autorités de santé entendent promouvoir une telle alchimie pour l'ensemble du système de soins, elles se doivent d'assurer l'avenir du service public de PMI⁽²⁸⁾.

²⁸ La plate-forme unitaire « Assurer l'avenir de la PMI » a recueilli près de 9 000 signatures en ce sens et organisé une journée nationale de mobilisation le 30 janvier 2014, qui a vu entre 800 et 1 000 personnes manifester à Paris, et des dizaines localement dans près de 20 villes de France. Lire la pétition : <http://www.assureravenirpmi.org/> et les revendications détaillées : http://www.assureravenirpmi.org/Doc/dossier_presse_mouvementPMI_30jan2014.pdf

Soins et politique territoriale

**D^r Claude LEICHER, médecin généraliste & Président de MG France,
premier syndicat des médecins généralistes libéraux**

Des soins vers la santé, en tout point du territoire, sans frein financier ? Deux réponses : les soins de santé primaires, une organisation territoriale.

Nous devons passer d'un système centré sur le soin, à un système de gestion de la santé de (et avec) chaque personne, en intégrant aux demandes de soins, la prévention, le dépistage et l'éducation sanitaire gérés dans une démarche continue, mise en œuvre à l'occasion de chaque contact d'un individu avec le système de santé. La réflexion doit donc porter sur l'organisation d'un système de santé et sur son accessibilité géographique et financière : l'élément structurel de la réponse, c'est une politique d'organisation des soins primaires sur chaque territoire et d'organisation de ses relations avec les autres étages du système de santé dans un véritable contrat de santé territorial, le lieu de la cohérence d'une politique d'organisation du système de santé. L'adaptation aux ressources du terrain, à la population concernée, est la condition du réalisme et donc de la capacité à réussir, en conservant un socle commun sur l'ensemble du territoire quant aux grands principes. Cette politique doit donc avoir aussi une dimension nationale qui permet par exemple de décrire l'articulation entre un mode d'exercice (libéral, salarié), et des missions d'intérêt public (la prise en charge financière des soins par exemple).

Une politique territoriale doit donc s'inscrire nécessairement dans un cadre national homogène, adapté à chaque territoire décrivant des grands principes, et d'abord celui d'une organisation graduée du système de santé. Sa fondation, ce sont les soins primaires organisés autour de la fonction du médecin traitant. Le développement des soins primaires doit faire l'objet d'une priorité nationale. Point faible du système de santé français, cet étage soins primaires est le défaut structurel essentiel de notre pays, qui a parfaitement réussi à organiser l'étage des soins hospitaliers en particulier au niveau des CHU, centres hospitaliers universitaires. Les soins primaires doivent maintenant être développés avec la même ambition de réussite et les moyens qui vont avec : le choix du médecin traitant s'étant porté sur la médecine générale à plus de 99 %, il faut donc d'abord une filière d'enseignement universitaire de cette spécialité. Et premier exemple des erreurs politiques qui perdurent, cette filière, effective depuis 2002, n'a toujours pas les moyens de son développement. Or c'est un enjeu majeur, dont dépend tout le

reste, car sans médecine générale, la réflexion territoriale est sans objet.

Quelles sont les conditions du développement des soins primaires ?

Première condition : le choix et l'accès à un médecin généraliste traitant, dont la fonction traitant est le point de départ de l'organisation des soins primaires sur chaque territoire. Pour cela ce métier doit être mieux valorisé, tant dans son enseignement, son organisation, sa rémunération. Spécialité à moins 30 % de revenu, et plus 30 % de temps de travail par rapport à la moyenne, c'est la première spécialité en termes de difficulté démographique pour une raison évidente : de plus en plus de responsabilité, de moins en moins de moyens pour travailler.

La deuxième condition, c'est le travail organisé en équipe de soins primaires, médecin généraliste, infirmière, pharmaciens, kiné, orthophonistes sages-femmes, orthoptistes, dentistes, pédicure podologue, diététicienne, psychologue... Cette équipe peut organiser selon ses particularités les missions de chacun, dans une coopération qui utilise les compétences de chaque métier. C'est ainsi que peut évoluer le contenu des activités de chaque professionnel, dans le cadre de ses compétences. L'hôpital doit cesser de faire ce qui doit être fait en ville, c'est la condition économique de maintien d'un système d'assurance maladie solidaire, mais pour cela encore faut-il organiser l'ambulatoire.

Troisième condition : des soins primaires au service de la population en première ligne, mais avec la totalité du système de santé en appui. Les soins primaires doivent avoir à leur disposition une offre de soins secondaires de ville, permettant d'expertiser, quand cela est nécessaire les situations qui le nécessitent, de faire les examens techniques ambulatoires, sans recours à l'hospitalisation. Ces soins secondaires doivent être au service des soins primaires, et pas l'inverse. La convention médicale de 2005 a investi sur les actes de consultants mais pas sur le médecin traitant (cf. le rapport de la Cour des Comptes). Sans moyens pour exercer cette fonction, les généralistes sont découragés, les futurs généralistes s'installent moins. Les conséquences sur l'accès aux soins avec des zones désertiques en sont la conséquence directe. Presque 10 ans perdus.

Le territoire

La notion de territoire a été portée d'abord par ses problèmes : les zones « désertiques », ou à risque de désertification. Pour un métier principalement, la médecine générale, car l'absence de généralistes sur un territoire entraîne l'impossibilité d'organiser des soins primaires, et toute politique territoriale sans soins primaires devient de fait inexistante.

Le territoire est formalisé pour certaines institutions, celui des établissements publics, le secteur de psychiatrie, la région pour les ARS et ses délégations territoriales. Il l'est aussi pour certaines missions, l'accès aux produits de santé, le territoire des pharmacies, la permanence des soins avec le secteur de garde des médecins généralistes. Le territoire est non formalisé pour les professions de santé de proximité, avec la notion de clientèle. Le travail sur les territoires de proximité vient créer une jonction logique avec les soins primaires, même si la notion de territoire de soins primaires n'a pas encore émergé dans le champ institutionnel.

Est apparu depuis août 2004 un nouveau concept, à travers le choix obligatoire d'un médecin traitant (qu'il faudra étendre à l'enfant), la patientèle du médecin généraliste traitant, puisque c'est cette spécialité qui a été choisie par la population. Cette patientèle devient peu à peu une des bases fondamentales de la réorganisation territoriale, car elle un territoire « fonctionnel » pour le système de santé et pour chaque médecin généraliste, au point qu'on y rattache aujourd'hui une partie de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

La notion de soins primaires organisés en équipe sur un territoire, et se coordonnant avec les autres acteurs est le point fondateur de cette réorganisation. Elle vise à permettre à chaque patient d'avoir la garantie d'accès sur chaque territoire à un médecin traitant, à une analyse de ses besoins de santé, et à l'organisation d'un parcours adapté. Cette équipe s'organise donc d'abord au niveau du territoire fonctionnel, la patientèle « médecin traitant ».

L'organisation territoriale des soins primaires : trois niveaux d'organisation

Un premier niveau, est celui d'une protocolisation des soins entre différents professionnels, sans relations autres que ponctuelles, au gré des problèmes posés par une pathologie : permettant de mettre en œuvre des stratégies de prise en charge, ce premier niveau met en relation ponctuelle des professionnels des soins primaires, et permet l'organisation au cas par cas, de soins ambulatoires pour faire en ville ce qui ne devrait pas être pris en charge à l'hôpital. Cependant, ce mode d'exercice reste

professionnel dépendant, chacun étant libre de faire ou de ne pas faire une prise en charge. Il n'y a donc aucune garantie que l'ensemble des soins soit assuré partout et en permanence. La tentation des institutions est alors d'organiser elle-même cette garantie, avec une externalisation croissante des « services publics » dans le secteur ambulatoire.

Cette externalisation a eu son heure de gloire avec les réseaux par pathologie, reproduction ambulatoire du fonctionnement très spécialisée et organe ou pathologie dépendant, des hôpitaux. Beaucoup de réseaux, pas beaucoup de patients, et un constat répété : les patients étant des personnes, souvent poly-pathologiques, ces réseaux monothématiques ne sont pas une réponse adaptée à l'échelle des patients, des populations, des territoires.

C'est ainsi qu'est né le deuxième niveau, l'organisation des soins primaires en équipe, autour de réalisations telles que les centres de santé, puis depuis 2007 des maisons de santé, avec et sans les murs. Constitué autour d'un projet élaboré en commun, le projet de santé est la base sur laquelle s'engage l'ensemble des membres de cette équipe. Basé sur un diagnostic territorial fait à partir des données de santé, il est validé par l'ARS. Le territoire est donc la patientèle de l'ensemble des médecins généralistes participant à ce projet. Articulé autour de moyens communs, un secrétariat, un système d'information partagé, il permet d'envisager des actions plus organisées, plus systématisées dans la prise en charge des patients. Passage d'un travail au coup par coup, à un projet commun qui va s'enrichir au fur et à mesure de la maturation de l'équipe, de la montée en charge de ses outils de travail, de production de donnée, en proposant des actions en amont des demandes de soins. C'est un des enjeux de la lutte contre les inégalités sociales de santé, sujet où la France est très en retard.

Le troisième niveau, est celui d'un projet de santé territorial des équipes de soins primaires (ESP). Au-delà de la patientèle médecin traitant, un « projet de santé territorial en soins primaires » sur un bassin de vie, est l'étape qui permet de passer à la dimension populationnelle : organiser la permanence des soins, le dépistage, la prévention, l'éducation à la santé, les relations des soins de ville avec l'hôpital, la médecine du travail, la PMI, la santé scolaire... doit faire l'objet d'un « contrat territorial de santé », permettant de déployer l'ensemble des services en complémentarité et pas en concurrence. Formalisé avec les ARS, ce contrat territorial, permettrait d'apporter à la population une « garantie territoriale d'accès à la santé ».

Le mode d'exercice ambulatoire est majoritairement libéral. Pour que l'exercice libéral perdure et attire les

nouvelles générations, il faut que celui-ci sache s'organiser et assumer ce type de mission d'intérêt public. Ceux qui l'ont compris, et qui exercent dans ces nouveaux modes d'exercice coordonnés en équipe, n'ont aucune difficulté à trouver des associés et des successeurs.

En conclusion, le financement des dépenses de santé doit rester basé sur la solidarité.

La réorganisation des soins primaires en est la condition indispensable. Car les déficits des comptes de l'Assurance maladie sont certes liés au développement fantastique des moyens d'explorer et de soigner, mais aussi et surtout à un défaut majeur d'organisation du système, et à l'absence de développement des soins primaires.

Après 56 ans de développement des soins spécialisés de niveau CHU, on arrive peu à peu à une situation où se pose une nouvelle question aux systèmes de santé : santé de l'organe ou de l'individu ? Quand appliquer systématiquement des stratégies de soins par pathologie dégrade l'état de santé d'un patient poly-pathologique, se pose la question des stratégies centrées non plus sur la maladie mais sur le malade. La prise en charge globale de la personne, dans son environnement est aujourd'hui un défi à laquelle notre système de santé n'est pas bien préparé. Et pourtant cela devient un des enjeux sur la qualité de notre système : la réponse est non seulement celle des soins primaires en équipe sur chaque territoire mais aussi leur articulation avec les autres secteurs d'intervention, au premier rang desquels le secteur social.

Pour une offre de santé ambulatoire de proximité et moderne

Par le D^r Richard Lopez, Président de la Fédération nationale des centres de santé

Le système de santé en France repose sur deux éléments structurants :

- Un système hospitalier, fortement marqué par les réformes Debré qui ont structuré un Service public hospitalier, par ailleurs complété par un système privé, soit privé à but lucratif, soit privé à but non lucratif participant au service public hospitalier. Son organisation repose sur des autorisations et une planification publique, avec un bras armé, le SROS, entre les mains des ARH puis des ARS et un puissant levier, le mode de financement, prix de journée, budget global ou tarification à l'activité. Cet ensemble a permis de façonner le paysage hospitalier avec des stratégies évoluant en fonction des priorités nationales.
- Un système ambulatoire, essentiellement libéral, reposant depuis plus de 50 ans sur un paysage conventionnel essentiellement marqué par la dualité « organisations syndicales libérales professionnelles/Assurance Maladie ». Avec neuf conventions signées de 1971 à 2005, le bilan est très décevant, selon le constat de la Cour des comptes avec **Pierre Joxe en 1999** : « *le système conventionnel n'a réussi ni à assurer la régulation des dépenses, ni à modifier les pratiques individuelles. Les professionnels de santé ont bénéficié d'avantages réels sans réelles contreparties* » et **Philippe Seguin en 2005** « *Tous ces accords conventionnels (...) n'ont servi qu'à justifier des revalorisations tarifaires et se soldent par un échec... les engagements pris par les professionnels de santé n'ont jamais été tenus. Les négociations font prévaloir la satisfaction des revendications financières, l'objectif de qualité et de changements de pratiques leur servant la plupart du temps d'alibi* ».

La Stratégie Nationale de Santé ne dit rien d'autre et constitue pour le gouvernement une étape supplémentaire pour un nouveau projet de politique de santé. La feuille de route commence par un constat accablant : Notre système de santé laisse subsister d'importantes inégalités et n'est pas préparé à l'évolution des besoins de la population, mais si le système de santé est performant, les inégalités sociales et géographiques dans l'accès aux soins s'accroissent. Ce qui pose une interrogation sur les choix effectués par tous les gouvernements depuis plus de 50 ans de fonder la gestion de l'ambulatoire sur les seuls partenaires conventionnels Assurance Maladie/Organisations syndicales libérales.

Depuis plusieurs années la catastrophe démographique médicale est annoncée. À aucun moment les « partenaires conventionnels » n'ont réagi. Pire, pour les uns ils ont continué de privilégier leurs intérêts boutiquiers, défendant avec leur corporatisme habituel les intérêts économiques d'une petite caste professionnelle, s'arc-boutant sur les « principes de la charte libérale » remontant à 1927. Tellement amoureux de leur costume de notable du village, ils n'ont pas vu que les jeunes générations de professionnels ne voulaient plus de cette pratique, vivre seuls une course à la production d'acte, n'étant que dans une médecine de réparation où la prévention et la promotion de la santé n'existent pas puisqu'il n'y a pas de paiement qui lui corresponde. Nous sommes là dans l'idéologie pure. Cette survivance d'un des piliers de la charte libérale, le paiement à l'acte des praticiens en direct avec des honoraires a structuré tout le système ambulatoire de premier recours, ainsi que la protection sociale obligatoire et complémentaire.

Pour les autres, l'Assurance Maladie, ils ne concevaient leur mission que dans l'équilibre des comptes de la protection sociale avec un dogme fondateur la « maîtrise des dépenses » se gagnera par la raréfaction de l'offre de soins en durcissant un numerus clausus qui ne prenait absolument pas en compte les besoins de la population. Ils ont été largement secondés et avec les mêmes œillères, par ceux qui ont toujours rêvé de se substituer à la Sécu. Le mouvement mutualiste (après le bref intermède de la mutualité des travailleurs qui a voulu innover et porter un autre modèle, rapidement rentrée dans le rang) ne se voit d'existence que dans cette même complémentarité des remboursements d'actes de la sécu. Ils avaient donc tout intérêt, très égoïstement aussi, à défendre le modèle du paiement à l'acte qui n'est recevable que dans la seule couverture des actes de réparation. Il n'est que voir les difficultés de la mutualité d'inscrire sa participation dans les forfaits qu'ils soient des Nouveaux Modes de Rémunération du travail en équipe pluri professionnelles ou pour la prise en charge des personnes âgées.

Voilà donc ces partenaires chargés par la puissance publique d'organiser un système ambulatoire qui permette la prise en charge des Français pour demain, favorise l'adaptation de cette offre de premier recours aux effets de la transition épidémiologiques sur les besoins des patients et de leurs maladies chronique explosives.

C'est à ce « couple » égoïste et aveugle, qui nous a déjà envoyés dans le mur, que le gouvernement demande encore de négocier et préparer l'avenir, c'est à pleurer !

En effet que dit la Stratégie Nationale de Santé ?

- Prioriser la prévention sur le curatif et agir sur les déterminants de santé. Résultats :
 - Baisse de 20 % des budgets prévention du ministère
- Mieux organiser les soins pour les patients, garantir l'égalité d'accès, en privilégiant une logique territoriale. Résultats :
 - Aucune remise en cause de la liberté d'installation, même partiellement, ayant permis de réduire les déserts médicaux tant en zone rurale qu'en territoire urbain ;
- Soutenir une structuration des soins de proximité autour d'équipes pluri-professionnelles. Résultats :
 - Là nous sommes dans la pantalonnade la plus grotesque, il est demandé aux organisations syndicales les plus hostiles à la pratique d'équipe en structure regroupées et coordonnées de négocier avec la CNAM qui y est tout aussi hostile et qui ne jure que par l'individualisation des Rémunérations sur Objectif de Santé Public (ROSP) de valider un ACI pérennisant une pratique qu'ils rejettent. On s'étonne après que cette négociation soit bloquée et on peut craindre qu'un accord à minima soit trouvé entre les opposants de tous poils pour éviter de se faire imposer un règlement arbitral qui ne les arrangerait pas plus. Comme pour la généralisation du tiers payant, l'organisation de la pratique ne peut s'appuyer que sur l'expérience de ceux qui en ont une pratique et dans ces domaines les centres de santé en ont une très ancienne.

Le lundi 10 février, la Ministre a présenté le bilan du pacte territoire santé à Chalon sur Saône, quel bilan pour notre part ? « *engagement 12* : conforter les centres de santé : Avec les maisons de santé, les centres de santé sont une réponse adaptée. Le rapport remis par la mission de l'inspection générale des affaires sociales (IGAS), mandatée pour réfléchir aux modalités de rénovation du modèle économique des centres de santé, apporte des pistes de réflexion intéressantes. Une négociation conventionnelle se tiendra à l'issue de cette mission dont les conclusions seront remises par la suite. Parallèlement, les agences régionales de santé (ARS) identifieront les besoins éventuels en centres au sein de leurs territoires de santé. Ces centres, participant pleinement à la diversité de notre offre de soins, trouveront ainsi toute leur efficacité dans les quartiers défavorisés, mais aussi dans les zones rurales, périurbaines... » Pas le début d'une négociation n'est amorcé depuis la parution du rapport IGAS en juillet 2013 quant à l'identification des besoins des Centres De Santé, je ne me souviens pas que les ARS aient été actives sur le sujet et aucun référent CDS n'a été mis en place ni identifié dans les Agences.

Dans le champ de la santé comme ailleurs, les engagements peinent à arriver. C'est en fait toute la stratégie nationale qui est en panne. De quoi la France a besoin ? D'un vrai projet pour l'ambulatoire qui nous sorte de l'ornière dans laquelle la politique menée sans discontinuer depuis 50 ans nous a enfoncés.

Pour la FNCS, 5 axes qui nous semblent structurants, pour une offre de santé ambulatoire de proximité et moderne, qui posent un socle nouveau au système de santé et qui prennent en compte la population, qui contribuent aux besoins de tous les territoires, de leurs élus et répondent aux aspirations des professionnels de santé.

- Cette **offre de santé** doit permettre la prise en charge d'un parcours de santé **global, cohérent**, mettant en transversalité l'ensemble des missions de soin, prévention, promotion de la santé depuis l'enfance jusqu'aux âges avancés, dans le cadre d'un exercice regroupé et coordonné. Elle doit **garantir** une **articulation** entre la **ville et l'hôpital**, favorisant la **fluidité du parcours des patients en amont et en aval de leur prise en charge hospitalière**.
- Elle doit permettre **une réponse en proximité**, garantissant une **offre globale territorialisée** adaptée aux besoins de toute la population. Seule cette organisation prenant en compte les spécificités locales permettra de réduire les inégalités territoriales de santé. Elle doit **garantir** par un **maillage territorial** une offre de premier recours en soins et prévention (PMI, médecine scolaire, MG, IDE) **au moins dans chaque canton**.
- Cette organisation **relève de la responsabilité de l'État** qui peut la garantir grâce à la création d'un **service public territorial de santé**, avec des structures ayant un statut d'établissement de santé publique ambulatoire dont les missions peuvent être portées par des gestionnaires publics ou à but non lucratif, dans le cadre de centres locaux de santé ambulatoire. Ces derniers peuvent être gérés par des associations, des collectivités locales, des hôpitaux, des mutuelles ou des régimes de sécurité sociale.
- **Son financement doit garantir l'équilibre** de la structure dans toutes les missions relevant du Code de la Santé Publique et qui lui auront été confiées par agrément des Agences Régionales de Santé. Ce financement doit garantir un égal accès à tous, sans frein d'argent par une pratique obligatoire du tiers payant des régimes obligatoires et complémentaires, porté par une caisse pivot, à des tarifs conventionnels opposables avec un accompagnement social organisé au plus près des besoins des populations, seuls garants d'une réduction des inégalités sociales de santé.
- L'organisation de ces établissements de santé publique ambulatoire doit s'appuyer sur **un corps de professionnels de santé** garantissant une couverture de tout

le territoire, une articulation aisée entre les carrières hospitalières et ambulatoires dans un vrai **statut de praticien ambulatoire**.

Des nombreux exemples et de qualité existent.

- Le Service public hospitalier a été créé par les lois Debré, organisant une hiérarchie d'offre hospitalière territorialisée entre hôpitaux locaux, généraux et hospitalo-universitaire, qui répond à des besoins bien organisés entre 2^e et 3^e recours, dans un fonctionnement budgétaire et statutaire bien identifié.
- La Psychiatrie publique de secteur, de même correspond à une organisation territorialisée, couvrant la totalité des territoires, articulée avec un service hospitalier, dans un cadre budgétaire et statutaire bien clair, garanti et organisé par la puissance publique.

Ces deux exemples démontrent qu'il est possible d'apporter une réponse de service public garantie sur tout le territoire et qui n'interdit pas la coexistence avec un secteur privé si le gouvernement y tient.

L'ambulatoire mérite et nécessite de la même façon une réponse de service public territorial : apportons la lui !

Refonder l'hôpital public

Par le D^r Michel Limousin

Réfléchir à ce pourrait être une loi de santé publique impose aujourd'hui d'aborder la question de l'hôpital public. En effet il joue un rôle majeur dans notre pays. C'est le lieu public ouvert à tous par excellence, de jour comme de nuit, où des soins de qualités sont dispensés. C'est un lieu de référence humaniste, sociale, médicale et scientifique. Il est habituel de dire qu'en France, on ne vous demande pas d'abord votre Carte bleue ou vos papiers lorsqu'on en franchit la porte. C'est son honneur. C'est un chaînon essentiel de la prise en charge sanitaire et sociale des patients. C'est un lieu de vie : on y naît, on y espère, on y vit, on y meurt. Et beaucoup y travaillent. C'est la structure publique préférée des Français. L'hôpital public, c'est la confiance. C'est dire à quel niveau se situe l'attente. C'est aussi la structure qui utilise massivement les fonds de l'Assurance maladie. Les enjeux financiers y sont importants. C'est un lieu de travail ; bien souvent le plus gros employeur du territoire. Son poids politique est donc considérable.

Or l'hôpital public est en crise. C'est un fait établi, qui dure depuis des années. Au minimum depuis les années 80. Il faut en saisir les causes ou plus exactement les séries de causalités qui se croisent et l'impactent. Ce n'est qu'ensuite nous pourrons faire un diagnostic et proposer des solutions.

Certes, les lois de l'entropie générale aussi s'appliquent aux hôpitaux : on pourrait les formuler ainsi : l'état dégradé des organisations est leur état normal et leur état critique est leur état permanent. Mais la situation est trop grave pour se satisfaire du fatalisme. Les Français attendent quelque chose, une réponse pour pouvoir se mobiliser. L'hôpital est un phénomène de civilisation : selon comment on le traite, on sait comment on traite l'humain. Il est l'image en abyme de toute la société. Et pour reprendre une phrase célèbre : il n'a qu'un seul ennemi, la finance.

On peut classer schématiquement en deux groupes les déterminants de cette crise hospitalière.

Le premier groupe résulte d'un ensemble de politiques qui ont été conduites et qui ont agressé l'hôpital public constamment : pour faire court il s'agissait d'en réduire les dépenses pour réguler les dépenses de l'Assurance maladie et diminuer les cotisations sociales patronales.

C'est le lieu contemporain par excellence de l'affrontement Capital/Travail. Ainsi les méthodes de gestion ont été asservies à cet objectif. Plus récemment il s'est agi de faire des profits sur le dos de l'hôpital en application des théories néolibérales et du marché roi. Ces évolutions sont néfastes et doivent porter la lutte.

Le second groupe est le fait d'une évolution sociale complexe imposée par l'évolution des sciences, des mentalités, des besoins humains. Ces évolutions sont nécessaires, elles remettent en cause les pratiques, les façons de faire et d'être, les rapports sociaux et le rapport de l'hôpital public au reste du monde. Ces évolutions seront positives et doivent porter l'espoir.

Ainsi voit-on que se mélangent des problématiques de natures diverses qui sont incontournables. Il faut toutes les traiter, en comprendre les interactions et le modèle de sortie de crise ne peut en aucun cas être le statu quo ou encore le retour à l'état antérieur. L'ampleur de la tâche nous conduit donc à véritablement poser la question de la refondation de l'hôpital public. Que voulons-nous ? À quoi sert-il ? Quels sont les moyens et les méthodes à remettre en œuvre ?

La première chose qu'on peut dire de la crise actuelle est qu'elle est tellement profonde qu'elle touche à l'essentiel : l'identité même de l'hôpital public. Ces dernières années, sous la présidence Sarkozy, puis d'une autre manière, je veux dire avec un autre discours, sous la présidence Hollande, l'utilité de l'hôpital a été niée, son identité a été bafouée. La perte de confiance du pouvoir politique a été telle qu'aucun travail sérieux de négociation n'a été conduit avec les personnels ou les directions. On a mis des responsables de chemin de fer ou de fabricants de yaourt à la tête des plus grandes institutions hospitalières. On a éliminé les représentants du peuple (les élus, les maires) des organes de direction. On a mis en place des directions poutiniennes, verticales, soumises en prise directe à l'autorité gouvernementale via le truchement des ARS. On s'est coupé ainsi du savoir, de l'expérience pour mieux appliquer les méthodes de l'École de Chicago si bien décrites par N. Klein en 2008 : « La stratégie du choc ».

Toute nouvelle politique devra donc commencer par réaffirmer haut et fort l'utilité de l'hôpital public.

Sa spécificité sociale et économique. Son identité hors marché. Sa nature de service public. Ses règles éthiques. Ce sera là un moment de rassemblement de toutes les parties prenantes : les citoyens, les personnels, les directions, les médecins, les organisations représentatives des personnels et des celles des usagers.

Il faudra ensuite réaffirmer le rôle de l'État dans ce système. L'État est propriétaire de l'hôpital public, il en est donc le premier responsable. Il doit lui apporter son soutien en particulier financier. Depuis tant d'années il a arrêté les investissements, obligeant l'hôpital à emprunter sur son budget de fonctionnement : celui qui est pris en charge par l'Assurance maladie, les organismes complémentaires et les patients eux-mêmes. Ainsi par cet arrêt de financement de l'investissement tandis que les taxes sur les salaires et la TVA rapportaient gros en impôts, l'État s'est mis à recevoir plus d'argent de l'hôpital public qu'il n'en donnait. L'hôpital ne peut être la vache à lait de l'État. Dit autrement l'impôt doit servir à l'hôpital et non le contraire. On ne peut pas piocher dans les ressources sociales (la cotisation sociale) pour abonder le budget de la nation et faire payer ainsi une partie de la redistribution des richesses par les revenus sociaux.

Enfin d'autres se sont intéressés à l'hôpital public ces derniers temps : les entreprises de travaux publics par les mécanismes dispendieux des partenariats public-privé, les entreprises de services qui ont fait croire qu'elles seraient moins chères dans le service rendu, les banques toujours intéressées à faire des profits garantis en toute sécurité, les structures d'hospitalisation privée intéressées, elles, par des coopérations dans lesquelles elles prennent la partie rentable de l'activité. Bref, l'hôpital public est décrié par les pouvoirs publics pour mieux le confier aux appétits privés.

Des mesures s'imposent donc : alléger le fardeau de l'hôpital en supprimant les taxes sur les salaires, en remboursant la TVA, en autorisant le recours direct à la Caisse des Dépôts et Consignations, en arrêtant les partenariats avec le capital privé, en refusant de livrer l'immobilier hospitalier à la spéculation foncière, en relançant l'investissement public, en réglant les problèmes de ressources de l'Assurance maladie. Un moratoire sur les restructurations est indispensable pour faire le point sur les besoins et les moyens à mettre en face.

De nouvelles règles comptables devront être mises en débat puis en œuvre. Il s'agit d'abandonner les aspects les plus incohérents de la tarification à l'activité qui poussent les directions des hôpitaux publics à rechercher une augmentation de l'activité pour capter une plus grande partie des ressources de la Sécurité sociale – et ainsi augmenter

les tensions sur son financement - plutôt qu'à répondre aux besoins réels de la population. Le principe général de la concurrence si cher aux libéraux doit être abandonné au profit de celui de la coopération. Ce principe d'ailleurs de coopération en matière de santé doit être une règle générale au-delà du seul hôpital public. Il est plébiscité par les patients⁽²⁹⁾.

Ces mesures étant prises, le climat social commençant à changer, le respect et la confiance rétablis, des réformes nécessitées par l'évolution de la société (transition épidémiologique, vieillissement de la population, progrès scientifiques de toutes natures, évolution des modes de vie) pourront être envisagées.

Citons :

- l'évolution négociée des métiers avec une élévation générale des compétences
- l'amélioration des statuts et des grilles indiciaires rendues possibles
- l'évolution des effectifs avec une relance de la formation des professionnels en particulier des médecins
- l'évolution des relations avec le secteur ambulatoire pour en finir avec l'hospitalo-centrisme et l'absence de suivi du devenir des malades
- la prise en compte de la proximité comme composante de l'excellence
- l'évolution vers un management participatif ouvert aux professionnels mais aussi aux usagers
- une démarche démocratique globale
- la transformation des services pour intégrer les nouvelles technologies
- une réponse au problème de l'accueil des urgences
- une nouvelle politique de prise en charge des malades psychiatriques avec une relance de la politique de secteur en lien avec les hôpitaux psychiatriques
- l'intégration de l'hôpital public dans une politique territoriale de santé
- la suppression du scandale du secteur privé à l'hôpital public par la négociation

Une dernière question : celle des hôpitaux privés participants au service public. Ils n'ont pas de but lucratif. Il est clair que leur rôle est essentiel et qu'ils méritent une attention particulière. Ils doivent être associés à toutes ces réformes et en bénéficier et leur avenir doit être garanti. Ils sont les frères de l'hôpital public. Quant aux cliniques privées à but lucratif, elles doivent cesser de profiter des privilèges accordés par l'État. La cotation en bourse de

²⁹ Selon le baromètre santé - Deloitte/ Ifop : 88% de la population juge importante la mise en place de structures de proximité regroupant plusieurs professionnels de santé et 93 % des Français considèrent que la coordination des professionnels de santé est essentielle

leurs propriétaires ne devrait pas être autorisée. La spéculation ne doit pas s'exercer sur des structures sanitaires.

Au total, l'hôpital public a de beaux atouts : une bonne image, des personnels compétents, des traditions humanistes, une bonne couverture du territoire, la volonté d'être utile. Une belle politique est à mettre en œuvre ; elle n'est pas inaccessible. Le moment n'est-il pas venu que les partenaires de bonne volonté se mettent autour d'une table pour élaborer une politique d'ensemble, une politique cohérente qui ouvre le champ de la modernité nécessaire ?

Tout ceci ne mériterait-il la rédaction d'un ouvrage pour la refondation de l'hôpital public ?

La formation médicale initiale en médecine générale : le ciment des 12 engagements du Pacte Territoire Santé

Par le D^r Jean Sébastien Cadwallader,
Médecin généraliste, Centre Municipal de Santé d'Aubervilliers
& Chef de clinique en médecine générale, Université de Tours.

Le 13 décembre 2012, Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé a officiellement communiqué ses intentions de lutter contre les déserts médicaux et améliorer la qualité des soins en France en améliorant l'accès pour tous¹. Les trois objectifs déclinés en 12 engagements se focalisent dans l'ensemble sur les soins primaires. Le premier objectif concerne la formation et la facilitation de l'installation des jeunes médecins avec comme premier engagement un accès en stage en médecine générale pour 100 % des étudiants en médecine. Le deuxième consiste à transformer les conditions actuelles d'exercice des professionnels de santé en focalisant les engagements sur le travail en équipe, la labellisation universitaire des maisons de santé, le développement de la télé-médecine et l'accélération des réformes des transferts de compétences. Le troisième objectif correspond à investir les territoires déjà définis comme isolés. Le dernier engagement de cet objectif, après celui de favoriser les réseaux ville-hôpital et le maintien des hôpitaux de proximité de qualité, est de conforter les centres de santé.

C'est bien entendu sur ce dernier engagement que l'Union Syndicale des Médecins de Centre de Santé (USMCS) focalise son attention, en lien avec la Fédération Nationale des Centres de Santé (FNCS). Les centres de santé sont des exercices de regroupement pluri-professionnel, où le transfert de compétences est déjà réalisé, soit officiellement par des protocoles de soins entre médecins et infirmiers, soit officieusement pour faciliter l'accès des usagers à des soins de qualité, en particulier dans le domaine de la prévention (planning familial, vaccination)². Ces centres sont souvent une réponse d'offre de soins dans des zones dites désertifiées, des zones urbaines sensibles, que ce soit en région parisienne ou dans des villes de taille moyenne. Ils permettent aux usagers de soins de bénéficier du tiers payant, de conseil social en cas de problème de couverture sociale. Les spécialistes d'organe ayant des vacations au sein de ces centres ont souvent une activité hospitalière et leur rôle d'interface favorise les réseaux ville-hôpital. De très nombreux réseaux en région parisienne témoignent de l'efficacité des centres à maintenir un rapprochement des sites de soins primaires et secondaires. Très souvent les centres municipaux de

santé sont en étroite collaboration avec les dispositifs de prévention, de santé publique et de médecine scolaire des villes, par le biais des services de santé public et sanitaire de la ville (Aubervilliers, Malakoff, Pantin...). Les acteurs de santé y travaillent en étant dégagés des contingences administratives de fonctionnement et inhérentes à la comptabilité. Ils sont payés à la fonction et non pas à l'activité. L'expérimentation de l'implémentation de centres de santé dans de petites communes s'est révélée positive, là où d'autres projets territoriaux de soins avaient échoué (à la Ferté Bernard dans le 72 notamment). Ces caractéristiques organisationnelles des centres de santé existant depuis des décennies répondent point par point aux engagements des deuxième et troisième objectifs et ont une place prépondérante dans l'offre de soins de demain².

C'est dans le premier objectif et tout particulièrement la formation médicale initiale en médecine générale que les centres de santé investissent leurs efforts ces dernières années. Car les acteurs syndicaux et associatifs des centres de santé sont persuadés que c'est dans la formation initiale en médecine générale que réside la solution de l'amélioration du système de soins en France et de sa réforme nécessaire. Malgré l'absence de dispositif officiel de rémunération, cela fait de nombreuses années que certains médecins de centre se sont investis dans la maîtrise de stage pour accueillir des internes de médecine générale, d'abord en niveau 1 (supervision directe) puis en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée). Ils se sont investis dans plusieurs facultés de médecine, notamment à Paris et en région parisienne et sont des terrains de stage plébiscités par de nombreux étudiants. Ces derniers sont ainsi dans la capacité de découvrir cet exercice de la médecine générale, regroupé de façon pluri-professionnelle, avec un mode de rémunération qu'ils ne connaissent pas ou peu. Et ils ont envie de revenir régulièrement. L'accueil des externes est également assuré. Un accueil de qualité nécessite une formation adéquate des maîtres de stage. Le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) assure cette formation et réalise depuis 30 ans un travail colossal de recrutement de maîtres de stage de qualité, en ayant doublé son nombre en 3 ans³. Même si l'engagement de Marisol Touraine est clair à ce sujet, il

faut rappeler que ce stage est obligatoire depuis 1997⁴ et que le chiffre de 100 % n'est toujours pas atteint, du fait du nombre peu important d'enseignants universitaires en médecine générale en charge du recrutement des maîtres de stage dans les départements universitaires de médecine générale. Il est très probable que l'accueil des internes en médecine générale et des externes dans des zones dites désertifiées permette de susciter des vocations d'installation dans la zone géographique correspondant à leur terrain de stage. L'Inter Syndicale Autonome Représentative des Internes de Médecine Générale (ISNAR-IMG) et le Regroupement Autonome des Généralistes Jeunes Installés et Remplaçants (REAGJIR) engage de nombreuses actions à ce sujet^{5,6}. Les maîtres de stage de zones rurales éloignées ou en zone urbaine sensible voient même leur remplacement assuré par la suite par les internes qu'ils ont précédemment accueillis.

La création de la filière universitaire en médecine générale en 2007 après la création du DES de médecine générale en 2004 est récente et ses bénéficiaires commencent à se faire ressentir⁷. La nomination des chefs de clinique en médecine générale depuis 2007 a permis l'investissement de jeunes médecins généralistes dans l'enseignement et dans la recherche. Ce n'est pas un hasard si deux tiers des chefs de clinique en médecine générale d'Île de France exercent en centre de santé. C'est un endroit privilégié pour mener à bien les trois missions d'enseignement, de soin et de recherche. Le temps dégagé des contraintes administratives leur permet un investissement plus important dans l'organisation des soins au sein de la structure. La labellisation universitaire est d'ailleurs une demande forte des centres de santé et possible du fait de la présence de cadres universitaires au sein de ces structures.

Ce label permettrait de concrétiser le lien déjà existant entre l'enseignement et la recherche dans les centres de santé. Les internes accueillis ont régulièrement des sujets de thèse d'exercice à propos de travaux en cours dans les centres de santé, portés par les chefs de cliniques ou les maîtres de stage. Du fait de l'investissement important des centres de santé dans la réduction des inégalités sociales de santé et des partenariats pérennes avec les chercheurs (IRDES,...) et les acteurs politiques locaux, ce sujet permet d'interroger des sujets de recherche pour les internes. Les collaborations entre les acteurs de santé de terrain, les universitaires en médecine générale et les chercheurs spécialisés dans l'étude de l'accès aux soins sont fréquentes et ont permis des avancées concrètes en termes de recommandations de bonne pratique⁸. Les centres de santé ont bien un rôle prépondérant dans l'émergence de recommandations de terrain en soins primaires.

La recherche en soins primaires a un cadre international défini depuis 2003⁹. Elle a comme objectif l'amélioration de la santé de la population par la sommation de l'amélioration de la santé de chaque individu qui compose la population. Ses domaines de recherche sont à l'interface entre les sciences sociales et l'épidémiologie et sont très proches des missions des centres de santé⁹.

L'ensemble des ingrédients est réuni dans ce type de structure pour une recherche de qualité en lien avec la formation médicale initiale: le regroupement pluriprofessionnel, le transfert de compétences, les missions de prévention et de lien social, la maîtrise de stage, la présence des chefs de clinique et maîtres de conférences dans les structures, l'encadrement des thèses d'exercice d'internes, l'aide à la réalisation de la thèse de sciences de chefs de clinique. Les résultats des travaux de recherche évaluent la qualité des soins, la santé de la population au sein des centres de santé.

En conclusion, le développement d'une formation initiale en médecine générale de qualité est prioritaire pour assurer les engagements du pacte. Ce développement ne peut être réalisé que s'il existe une cohérence entre les soins, l'enseignement et la recherche en médecine générale. Les centres de santé répondent par leurs missions à cette cohérence.

Notes :

1. Touraine M, le pacte territoire santé : pour lutter contre les déserts médicaux. Décembre 2012. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/le-pacte-territoire-sante-pour-lutter-contre-les-deserts-medicaux,12793.html>.
2. Georges P, Waquet C. Les centres de santé : situation économique et place dans l'offre de soins de demain, chapitre III. Rapport de l'inspection générale des affaires sociales. Juillet 2013. Disponible sur http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-119P-Centres_de_sante.pdf.
3. CNGE. Le CNGE recense 6724 MSU et attend des mesures, décembre 2012. Disponible sur : http://www.cnge.fr/le_cnge/adherer_cnge_college_academique/cp_cnge_dec_2012_le_cnge_recense_6724_msu_et_atten/
4. Legifrance. Arrêté du 4 mars 1997 modifié relatif à la deuxième partie du deuxième cycle des études médicales. Disponible sur : www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000565003&categorieLien=id.
5. ISNAR IMG. Stratégie nationale de santé : le Front Généraliste a été entendu par le gouvernement. Disponible sur <http://www.isnar-img.com/content/strat%C3%A9gie-nationale-de-sant%C3%A9-le-front-g%C3%A9n%C3%A9raliste-%C3%A9t%C3%A9-entendu-par-le-gouvernement>.
6. REAGJIR. Pacte Santé Territoire: de bonnes mesures à poursuivre. Disponible sur : <http://www.reagjir.com/joomla/homepage/communiqués-de-presse/118-de-bonnes-mesures-a-poursuivre>.
7. IGAS. Création de la filière universitaire de médecine générale, février 2007. Disponible sur : <http://media.education.gouv.fr/file/10/5/7105.pdf>.
8. Cadwallader JS. Inégalités sociales de santé : un consensus entre chercheurs et médecins. Journal électronique N8 des centres de santé, décembre 2013.
9. Van Weel C, Rosser WW: Improving Health Care Globally: A Critical Review of the Necessity of Family Medicine Research and Recommendations to Build Research Capacity. *Ann Fam Med* 2004,2(Suppl 2):5-16

Environnement et modes de vie nécessitent une nouvelle politique de santé

Par le D^r Jean-Luc Veret, médecin de santé publique,
Responsable de la Commission Nationale Santé Europe Écologie - Les Verts

La situation sanitaire est en crise. Curieusement, les citoyens semblent plus conscients de cette crise et de ses causes que les politiques. Les sondages montrent que la santé est une des toutes premières préoccupations des citoyens et beaucoup se disent que face à la montée des maladies modernes, il faut enfin s'orienter vers la prévention. Il s'agit de savoir comment mettre en place une nouvelle politique de santé orientée vers la prévention.

La crise sanitaire

L'explosion de l'épidémie de maladies chroniques est un phénomène majeur dans notre pays comme dans les pays dits « développés » : cancers, qui sont devenus la première cause de mortalité, maladies cardio-vasculaires, diabète et obésité, qui ont progressé à grande vitesse, maladies dégénératives du système nerveux, souffrance psychique, en particulier au travail, suicide - la mortalité par suicide est devenue 2 à 3 fois plus fréquente que celle par accidents de la route -, allergies, troubles du développement sexuel et de la procréation, etc... Il est banal de constater que les maladies modernes sont des maladies de civilisation, c'est-à-dire liées à l'organisation de la société. De fait, les causes de souffrance et de mortalité ne sont pas identiques dans toutes les sociétés. Les maladies n'étaient pas les mêmes qu'aujourd'hui dans le passé, et, à la même époque, ne sont pas les mêmes selon les pays, leur organisation sociale et leur niveau de vie. De plus, on assiste chez nous à une montée des inégalités et à un développement de la pauvreté qui entraînent à la fois problèmes de santé et difficultés à se soigner. Un tiers de nos concitoyens déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.

Qu'on ne s'y trompe pas, **la crise est structurelle**, c'est-à-dire que la situation n'a pas tendance à s'améliorer spontanément, malgré le budget conséquent consacré aux soins. Trois raisons le mettent en évidence :

- tout d'abord il faut constater que le développement des maladies chroniques est plus rapide que les progrès de la médecine qui essaie de les enrayer. C'est en particulier le cas pour le cancer, pour la souffrance psychique, pour le diabète et l'obésité, etc...
- ensuite, l'accès aux soins recule, d'une part du fait de l'augmentation de la pauvreté concomitante avec le développement des franchises, forfaits, des

dépassements d'honoraires, mais aussi parce qu'on a laissé s'installer des déserts médicaux, et que ces déserts médicaux vont s'aggraver dans les années qui viennent si l'on ne prend pas de mesures audacieuses pour rendre l'entrée dans le système de santé, la consultation de médecine générale, accessible à tous.

- enfin, le choix opéré par les différents gouvernements depuis quelques décennies est d'assurer les dépenses de fonctionnement par des emprunts qui s'alourdissent tous les ans. Une caisse spécifique, la CADES, gère cet endettement et, pour ne pas trop augmenter l'impôt spécifique, le RDS, on augmente la durée de remboursement. Pour la seule année 2010, on a augmenté de 4 ans la durée de remboursement, passant de 2021 à 2025. Puisqu'il s'agit de nos dépenses de fonctionnement, c'est un cadeau empoisonné que nous laissons pour les générations futures et il n'est pas responsable de continuer dans cette voie. En effet, cette voie nous semble intrinsèquement contraire à l'objectif proclamé de développement durable, qui implique par définition de permettre aux générations suivantes de bénéficier des mêmes avantages que nos générations.

Qu'on ne s'y trompe pas non plus, **la crise est bien sanitaire**. Ceux qui veulent cantonner la réflexion et l'action aux questions budgétaires prennent le problème à l'envers. En effet, l'augmentation du budget annuel des soins aux maladies chroniques depuis une quinzaine d'années est à peu près équivalente au déficit de l'Assurance maladie, soit une dizaine de milliards d'euros. Autrement dit, si nous avions le même taux de maladies chroniques qu'il y a 15 ans, toutes choses égales par ailleurs, il n'y aurait pas de déficit de l'Assurance Maladie ! La conclusion est que la crise financière est une conséquence de la crise sanitaire, et non l'inverse.

Ce qui est particulièrement frappant, c'est que les facteurs connus des maladies modernes sont essentiellement des facteurs de **modes de vie, à commencer par l'alimentation, ou la qualité des relations, et des facteurs d'environnement dont les pollutions de l'air, de l'eau et des aliments par de nombreuses substances toxiques**. Ceci signifie que ces maladies seraient, au moins en partie, accessibles à la prévention, avec des

conséquences positives en termes de qualité de vie, mais aussi de budget : par exemple, le seul diabète représente un budget de soins de 12,5 milliards d'€ par an. Le faire baisser de 10 %, ce qui représente une ambition modeste, dégagerait 1,2 milliard d'€ par an pour cette seule maladie. La consommation de médicaments est en moyenne par habitant environ double de celle des Hollandais, qui ne passent pas particulièrement pour être mal soignés. Elle coûte environ 40 milliards par an à la Sécurité sociale. Une baisse de 10 % dégagerait 4 milliards ; etc. Il y a des marges de manœuvre budgétaires importantes si l'on fait appel à la prévention.

Les discours triomphalistes sur l'augmentation de l'espérance de vie qui occultent toute analyse depuis des années ne doivent pas faire illusion. L'augmentation de l'espérance de vie à la naissance est d'abord due à la baisse de la mortalité infantile. Et l'espérance de vie à 60 ans, plus représentative du vieillissement est réelle, certes, mais dans des proportions beaucoup plus limitées. En réalité, une part importante de l'augmentation du nombre de personnes âgées à laquelle on assiste actuellement est due à un accident démographique lié à la guerre de 1940, car les générations arrivées à la retraite dans le passé récent étaient moins nombreuses, précisément du fait des morts à la guerre, tandis qu'arrivent à la vieillesse aujourd'hui les générations du « baby boom » de l'après-guerre, qui a duré de 1945 à 1975. Par ailleurs, il faut se méfier des prospectives sur l'augmentation de la durée de vie car les grands vieillards d'aujourd'hui ont vécu leur jeunesse avant la guerre de 40, c'est-à-dire avant les « trente glorieuses » qui ont vu fleurir les facteurs des maladies de civilisation. Les vieillards de demain auront vécu leur jeunesse avec la suralimentation qui sévit depuis les années 60, avec les pollutions, qui connaissent une expansion sans précédent, et avec le stress de la vie moderne, les pertes de solidarité qui se développent aujourd'hui. Il faut d'ailleurs malheureusement constater que l'espérance de vie à la naissance baisse d'ores et déjà dans de nombreux pays, dont la Russie et les États Unis. On peut penser qu'il va en être de même chez nous dans un avenir proche, si rien ne change. Et dès maintenant, la durée de vie sans incapacité n'augmente plus, mais diminue chez nous depuis 2006.

Il découle de ces constats que seule une réorientation sérieuse de la politique de santé vers la prévention à laquelle s'ajoute l'amélioration de l'accès aux soins est susceptible d'inverser la tendance. Le raisonnement de simple bon sens implique qu'on peut attendre, quand on a identifié un certain nombre de causes ou de facteurs favorisant, qu'en diminuant ces causes et ces facteurs, on diminue leurs conséquences. C'est pourquoi il est effectivement urgent d'investir dans la prévention primaire,

c'est-à-dire la prévention qui supprime les causes ou les facteurs de risque des maladies et des souffrances. La prévention primaire est à distinguer du dépistage, dénommé aussi prévention secondaire, qui consiste à repérer précocement les signes de maladie par des examens médicaux. Le dépistage s'apparente davantage aux soins médicaux et participe à la qualité des soins quand il est pertinent, mais il est à distinguer de la prévention primaire qui, elle, cherche à éviter l'apparition des maladies et des souffrances, et qui reste réellement le parent pauvre de notre système de santé.

En termes de prévention primaire, quand les facteurs identifiés touchent les modes de vie, l'intervention électorale est l'éducation pour la santé. Quand il s'agit des pollutions, il faut mettre en place un dispositif de santé environnementale. Telles sont les 2 branches majeures d'une politique de prévention. Quand il s'agit de l'accès aux soins, il est nécessaire d'assurer la couverture du territoire par la médecine générale et les soins de premier recours, sans oublier d'y ajouter l'accès à la prévention. Il est de plus indispensable de repérer et limiter un certain nombre de freins à l'évolution que représente l'intervention de différents lobbys, depuis l'industrie pharmaceutique jusqu'à l'agroalimentaire.

Une politique d'éducation pour la santé et de promotion de la santé

L'éducation pour la santé est à entendre ici comme une intervention favorisant le développement personnel et le développement social. Elle se différencie de l'enseignement car les intervenants n'ont pas à décider seuls des objectifs, à la place de la population. Il s'agit de favoriser la prise en charge de sa santé par la population elle-même, de mettre en place et d'animer une dynamique sociale, en un mot une éducation émancipatrice. Ainsi conçue, l'éducation pour la santé consiste à accompagner une population pour construire avec elle des projets de santé. Elle repose sur une méthodologie de projets participatifs. Elle s'inscrit dans l'esprit de la charte internationale de promotion de la santé de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) dite charte d'Ottawa de 1986. Elle préconise un processus qui donne à la population « un plus grand contrôle sur sa propre santé ».

De façon opérationnelle, il y a besoin d'un pôle référent qui devrait s'établir au niveau régional et jouer le rôle de référent sur les méthodes d'action. Ce pôle aura un rôle particulier en matière de formation des intervenants et de conseil méthodologique à l'action ainsi que de conseil aux décideurs. Existente actuellement les Instances Régionales d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS), réunies nationalement dans la Fédération Nationale de l'Éducation pour la Santé (FNES) et partenaires de l'Institut National

de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), lui-même chargé nationalement des missions de communication et de pôle de référence. Les IREPS, structures dédiées spécifiquement à l'éducation pour la santé, sont à développer significativement. Mais 2 autres structures sont également très impliquées dans l'éducation pour la santé et la prévention : d'une part, la Protection Maternelle et Infantile (PMI), rattachée aux Conseils Généraux et, d'autre part, la Santé Scolaire, dénommée maintenant Service de Promotion de la Santé en Faveur des Élèves, rattachée au Ministère de l'éducation Nationale. Ces 2 types de structures sont à rapprocher des IREPS pour développer un pôle régional d'éducation pour la santé et de promotion de la santé d'une certaine ampleur, capable de répondre aux besoins et de mener des programmes à l'échelle régionale, capables de desservir l'ensemble de la population. Les différentes structures impliquées dans l'éducation pour la santé se rattacheront ou conventionneront avec ce pôle.

Ce pôle aura pour rôle d'animer un réseau d'intervenants-relais, c'est-à-dire d'intervenants présents sur le terrain directement auprès de la population, et qui assurent des fonctions d'éducation pour la santé en plus de leur rôle professionnel spécifique. Sont concernés les professionnels de santé : médecins, infirmières, etc..., les professionnels de l'éducation, à commencer par les enseignants, et ceux du social, dont les assistantes sociales, les animateurs de centres sociaux, les éducateurs, etc... ; s'ajoutent bien sûr les bénévoles d'associations et les élus locaux qui souhaitent s'investir dans ce domaine. Il s'agit de s'appuyer sur la frange de ces personnels qui sont prêts à s'impliquer sérieusement dans l'éducation pour la santé en se formant aux méthodes spécifiques qu'elle demande dans l'éthique participative énoncée plus haut. On peut alors envisager de faire bouger les représentations et les comportements individuels et collectifs, dans une dynamique d'action communautaire. On peut imaginer, sur la base des expériences existantes, améliorer la qualité de vie et promouvoir les facteurs de mode de vie favorables à la santé, sans confondre l'éducation avec la répression, le moralisme ou la culpabilisation. La première priorité nationale doit être de développer des habitudes alimentaires équilibrées pour toute la population tout en développant l'activité physique. En outre l'éducation pour la santé peut contribuer au bon usage du système de santé et, par là, à la diminution de la surconsommation de médicaments. Elle peut aussi utilement apporter son expérience méthodologique pour améliorer l'efficacité de l'éducation thérapeutique.

Trois réformes permettraient une avancée significative :

- L'officialisation d'un pôle régional d'Éducation pour la Santé, avec de nouveaux moyens pour le structurer à hauteur des besoins d'une population, en particulier en créant des postes dans les IREPS et en Santé Scolaire.

- Le rattachement de la Santé Scolaire à ce pôle et au Ministère de la Santé pour lui redonner du sens et du « punch ».
- Le rattachement de la Direction Générale de l'Alimentation (DGAL) au Ministère de la Santé au lieu de l'Agriculture, pour clarifier ses objectifs au service de la santé de la population.
- Lancer nationalement quelques grands programmes à décliner localement par les méthodes de santé communautaire, en commençant par l'équilibre alimentaire et l'activité physique ainsi que la qualité des relations entre parents et enfants, hommes et femmes, ou au travail...

Une politique de santé environnementale et au travail

Créer une réelle politique de santé environnementale chargée de développer la recherche sur les pollutions, mais aussi l'observation de la situation sur le terrain et l'intervention pour limiter autant qu'il est possible, au niveau des citoyens, les pollutions chimiques de l'air, de l'eau et des aliments, ainsi que les pollutions physiques telles que les rayonnements dangereux. Citons, parmi les problèmes les plus courants, les particules produites par les moteurs diesel, qui sont maintenant officiellement déclarées cancérigènes par l'Organisation Mondiale de la Santé. Il s'agit aussi des perturbateurs endocriniens, que sont en particuliers les pesticides, aujourd'hui très largement répandus. Les conséquences pour les populations imprégnées sont plus graves qu'on ne le croit souvent : augmentation du taux de cancers, baisse de la qualité du sperme et de la fécondité, troubles du développement sexuel et puberté précoce chez les petites filles, mais aussi augmentation du diabète et de l'obésité. C'est pourquoi le premier objectif à proposer est qu'aucun parent de jeune enfant ne soit contaminé par des perturbateurs endocriniens. Et il faut reconnaître que cet objectif implique des révisions profondes dans la politique agricole, par exemple.

Dans le domaine de la santé environnementale, presque tout reste à faire, mais il est possible de développer un pôle régional de Santé Environnementale et s'appuyant et en élargissant le rôle des Observatoire Régionaux de Santé (ORS) à la santé environnementale et en créant des synergies avec la médecine du travail. Les différentes structures impliquées dans la santé environnementale se rattacheront ou conventionneront avec ce pôle.

Les principales mesures à prendre sont :

- La création d'un Institut National de Santé Environnementale chargé de recherche de représentation et de coordination en lien avec la Fédération Nationale des ORS.
- L'officialisation d'un Pôle Régional de Santé Environnementale autour de l'Observatoire de la

Santé aux missions redéfinies et partenaire de la Médecine du Travail.

- La création de postes en santé environnementale pour faire des diagnostics de terrain, et en tirer des préconisations ainsi que pour apporter des conseils aux décideurs

La création de Maisons de Santé et de l'Autonomie comprenant un service d'Éducation pour la Santé et de Santé Environnementale

L'accès aux soins, pour être rationnel et répondre aux besoins de la population, repose sur les soins de premier recours, et en particulier la consultation du médecin généraliste et le suivi du dossier médical par le médecin généraliste choisi par le patient. De plus, les études de santé publique montrent qu'en matière de soins médicaux, le plus efficace pour la santé d'une population est d'assurer les soins les plus simples mais accessibles à tous. Il est donc essentiel de ne pas laisser s'instaurer les déserts médicaux et d'assurer la couverture du territoire par les soins de premier recours. Pour rendre les conditions de travail des soignants humaines et faciliter le travail d'équipe, la solution est de créer des Maisons de Santé et de l'Autonomie, à raison d'une pour environ 10 000 habitants, en commençant par équiper les territoires déficitaires. Il est alors possible d'avoir une véritable équipe médicale ainsi que de regrouper les autres professions de santé et du social pour encourager un travail pluridisciplinaire au service de la population facilitant la santé et l'autonomie à tous les âges de la vie. C'est également l'occasion de développer les liens entre soins médicaux et prévention en créant dans chaque Maison de Santé et de l'Autonomie un service d'Éducation pour la Santé et de Santé Environnementale, avec la création d'un poste spécifique.

Une nouvelle résistance aux lobbys

Le système de santé français a perdu une part de sa crédibilité du fait de scandales à répétition, depuis le sang contaminé jusqu'au Médiateur, en passant par l'amiante, les prothèses PIP, etc. Cette réalité a été rendue possible par la confusion d'intérêts entre les institutions chargées de définir les politiques publiques dans l'intérêt des citoyens et les industries qui poursuivent des objectifs de vente des produits qu'elles fabriquent, et qui ont réussi à infiltrer largement les commissions et les ministères... Par ailleurs, les comportements de consommation sont trop influencés par la pression des lobbys quand il s'agit par exemple du sucre, du sel, de l'alcool et du tabac. S'ajoutent encore les lobbys de la chimie qui produisent pesticides et engrais et le lobby de l'agroalimentaire qui invente des besoins pour augmenter la consommation de produits trop gras, trop sucrés, trop salés, dans des emballages dont la destruction est polluante...

Les principales mesures à prendre dans le domaine de la santé sont :

- Systématiser les déclarations d'intérêt des experts mandatés dans les commissions officielles, des responsables politiques et des membres des cabinets ministériels et rendre toutes les déclarations d'intérêt accessibles au public.
- Supprimer le système des visiteurs médicaux envoyés auprès des médecins par les industries du médicament et les remplacer par un service public d'information médicale. Supprimer le financement des publications et de la formation médicale par l'industrie dont l'objectif n'est, par définition, pas désintéressé.
- Baisser le prix des médicaments en conséquence de ce recentrage des missions pour dégager le budget public de la Sécurité sociale pouvant être alors investi dans l'information médicale et la formation continue, en associant les professionnels. Cette orientation financière est légitime puisque la source est l'argent socialisé dans le cadre de la Sécurité sociale et qu'aujourd'hui cet argent socialisé sert des intérêts privés.
- Interdire réellement la publicité pour les produits toxiques, dont l'alcool et le tabac, et revenir sur toutes les exceptions à la loi Evin, obtenues par les lobbys au fur et à mesure des années.
- Réglementer la publicité aux heures de grande écoute des enfants et interdire en particulier la publicité pour les produits gras et sucrés.
- Comme déjà dit, rattacher la DGAL au Ministère de la Santé en réaffirmant sa mission de protéger la santé de la population.

Bien sûr, des mesures sont à prendre dans les autres domaines politiques qui ont une influence sur la santé, dont l'agriculture, l'industrie et la chimie, le logement et l'urbanisme, l'éducation et le sport, la culture, etc..., sans pouvoir pas les détailler ici.

Un nouvel investissement en prévention

La prévention primaire, hors dépistage, a toujours été laissée pour compte dans notre pays, malgré l'importance des budgets consacrés à la santé et la multiplicité des structures qui s'y impliquent. Un nouvel investissement est nécessaire pour permettre d'organiser cette prévention primaire. Cet investissement a été prévu dans l'accord signé entre le Parti Socialiste et Europe Écologie - Les Verts pour les élections de 2012 et il a été chiffré à 1 % du budget des soins, soit 1,7 milliard d'€. Cet investissement permettra de développer les Pôles Régionaux d'Éducation pour la Santé et de Promotion de la Santé en créant des postes dans les IREPS ainsi que les pôles de Santé Environnementale en créant des postes dans les ORS réorientés vers l'environnement. Ces pôles autour des IREPS et des ORS permettront de coordonner l'ensemble des structures concernées et, par

là, de rationaliser le paysage institutionnel et les investissements. Il s'agit de créer un travail d'équipe cohérent. De plus, Éducation pour la santé et santé environnementale pourront se coordonner au niveau régional dans un Pôle Régional de Santé Publique, interlocuteur des institutions et partenaire des politiques publiques. Nationalement, il permettra également de mettre en place l'Institut National de Santé Environnementale. Il permettra aussi de donner des moyens à la Fédération Nationale de l'Éducation pour la Santé (FNES) et à la Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de Santé (FNORS) pour peser davantage dans les politiques publiques. Il permettra, dans le cadre du Pôle Régional d'Éducation pour la Santé et de Promotion de la Santé réunis autour des Instances Régionales d'Éducation pour la Santé (IREPS) de doubler les moyens de la Santé Scolaire. Enfin il permettra de créer un poste d'Éducation pour la Santé et de Santé Environnementale dans chacune des Maisons de Santé et de l'Autonomie pour amorcer réellement l'évolution du système de santé vers la prévention sur les lieux de soins.

Cette orientation nécessitera de développer les formations en éducation pour la santé et en santé environnementale d'une part pour développer le corps professionnel de ceux qui acquièrent une expertise et assument des fonctions spécialisées dans ces domaines et, d'autre part, pour donner une formation de base à l'ensemble des professionnels des secteurs sanitaire, social et de l'éducation, afin qu'ils puissent participer, à partir de leur fonction spécifique, à la réussite des programmes d'éducation pour la santé et de santé environnementale. Il suffira d'une baisse de 5 % de la consommation de médicaments, actuellement en situation de surconsommation, ajoutée à une baisse de moins de 10 % du diabète pour équilibrer cette nouvelle dépense, sans compter les autres dépenses de soins à rationaliser ! On peut donc attendre de cet investissement des économies importantes à relativement court terme. Nous n'avons pas traité ici des soins, mais des économies importantes sont possibles sans sacrifier le système de soins. Il est possible de rationaliser la consommation de soins médicaux sans rationner les soins. Et si nous consacrons réellement 1 % du budget à la prévention, il reste encore 99 % pour les soins !

Aujourd'hui, le rapport entre les indicateurs de santé et le budget de la santé n'est pas bon dans le système français. La réorientation vers la prévention est nécessaire pour améliorer les indicateurs chiffrés comme pour améliorer la qualité de vie ou réduire les inégalités. Bien sûr la nouvelle politique de santé devra aussi revisiter ses différents secteurs et prendre des mesures qualitatives telles que la meilleure articulation du premier recours et du deuxième recours... De même, la politique de santé sera à articuler avec les autres politiques qui jouent un

rôle important dans les conditions de vie, telles que celle du logement, de l'éducation, de l'environnement, de la consommation, etc...

Mais la future loi de santé publique aurait tort de s'asseoir sur les accords signés en 2012 et de ne pas mettre enfin en place une véritable politique de prévention Car l'enjeu est aujourd'hui majeur : améliorer par la prévention le rapport entre les investissements de santé et leurs résultats en termes de santé publique, et permettre en outre de sauver la Sécurité Sociale de son actuelle dérive au service des lobbys et de ses déficits qui s'accumulent et menacent son avenir. Il s'agit bien de retrouver l'esprit de solidarité et d'innovation qui ont prévalu en 1945 lors de la création de la Sécurité sociale, mais entreprenant une profonde réorientation pour adapter le système de santé aux besoins et à la situation sanitaire d'aujourd'hui. Il s'agit bien d'une refondation du système de santé intégrant une nouvelle politique de prévention.

Stratégie nationale de santé : refonder notre système de santé

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

Le 23 septembre 2013, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales et de la Santé et Geneviève Fioraso, ministre de l'enseignement supérieur et de la recherche, ont présenté les grandes orientations de la stratégie nationale de santé censée découler, pour l'essentiel, du rapport du Comité des sages présidé par Alain Cordier.

Elles ont ainsi défini le cadre de l'action publique pour la décennie à venir :

- encourager la prévention
- réduire les inégalités de santé et garantir l'accès aux soins
- adapter les soins aux besoins des patients
- développer la recherche et la formation
- affirmer les droits des usagers et impliquer les citoyens dans l'organisation de notre système de santé.

Ce plan d'action sera décliné dans un projet de loi de santé qui sera déposé à l'été 2014. D'ici là, depuis novembre 2013 jusqu'à février 2014, des débats sont organisés en région, devant alimenter la mise en œuvre des objectifs. Loin de redessiner la Loi HPST, ce projet est une nouvelle étape sur laquelle le PS cherche à mettre son empreinte.

Après l'échelon régional d'organisation du système de soin, ce projet vise la réorganisation de l'échelon local à partir des soins de santé primaires et du parcours de soins des patients. La médecine générale libérale de proximité se verrait attribuer un rôle majeur tant en ce qui concerne, ces soins de santé primaires, y compris préventif, mais aussi en lien avec l'hospitalisation, la santé mentale, la santé au travail, la protection maternelle et infantile, la santé scolaire, le secteur social. La Stratégie nationale de santé vise encore à décroiser un système considéré trop centré sur l'hôpital, avec un enseignement hospitalo-universitaire considéré comme ignorant les soins primaires et la médecine générale.

Prenant appui sur l'évolution des besoins de santé des Français - avec l'explosion des maladies chroniques, le vieillissement de la population, les pathologies multiples -, on va chercher à repositionner l'hôpital, comme à l'Hôtel-Dieu de Paris, en recentrant sur la personne debout, en privilégiant la coordination par le médecin traitant d'un parcours organisé et cohérent. La prise en charge des patients devra de plus en plus être organisée

par des équipes de professionnels de santé de proximité qui prendront en charge toutes les situations qui ne nécessitent pas le recours à l'hospitalisation. Ces équipes doivent être « *a-spécialisées* », polyvalentes, organisées autour des besoins de santé des individus et de la population. Ce modèle de prise en charge des malades, qui prend appui sur des équipes de soins primaires autour du médecin traitant, constitue la base de la réorganisation proposée dans la Stratégie Nationale, avec un médecin traitant choisi librement par la population – dans 99 % des cas un médecin généraliste –.

Le Gouvernement a donc décidé à son tour d'appliquer le modèle recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé, nécessaire pour maîtriser les dépenses de santé, par un usage approprié des moyens disponibles.

La territorialité, socle géographique, deviendra ainsi l'unité d'organisation des soins, par des équipes dites de soins primaires, où il appartiendra aux acteurs de proximité de proposer une organisation adaptée à leur pratique et aux ressources locales, sans modèle unique. Au-delà, il s'agit de définir un service public territorial de santé par une démarche contractuelle avec les agences régionales de santé.

Parmi les mesures concrètes dont les professionnels de proximité pourront se saisir, il y a le tiers payant présenté comme un outil de lutte contre les inégalités d'accès aux soins ainsi que le travail en équipe de proximité comme le moyen de mettre en œuvre une politique de prévention impliquant le choix d'un médecin traitant par les parents dès la naissance. Le praticien ainsi désigné, sera incité par une part croissante de rémunération « en fonction de ses objectifs de santé publique ». Dans un discours prononcé dans un de ses débats dans le Nord, la Ministre estimait qu'il fallait que ce soit dans chaque territoire que s'élabore la définition des politiques de prévention. En territorialisant ainsi la politique de santé publique, c'est une inégalité de santé territoriale que l'on va voir s'accroître.

Loin d'être ce que certains veulent présenter comme une étatisation, c'est au contraire un affaiblissement des services publics de santé que cette territorialité propose, en confondant service public et mission de service public, dans la droite ligne des préconisations européennes et de la loi HPST.

Autre manipulation : on cherche à faire croire que la généralisation du tiers payant, à partir de 2017, serait mise en place pour rendre les soins conventionnés plus accessibles. En vérité, on cherche à ce que l'assuré ne sache plus qui paye quoi, entre régime obligatoire et complémentaire, mais aussi rendre le cabinet libéral aussi attractif que l'Hôpital, une façon de désengorger les urgences des hôpitaux, et donc d'en réduire le nombre de lits.

Dès 2014, le dispositif sera mis en œuvre pour les bénéficiaires de l'Aide à la complémentaire santé (ACS). Quant aux déserts médicaux, les maisons de santé seront privilégiées face aux centres de santé. 300 maisons de santé libérales doivent s'y implanter et 200 médecins généralistes être incités à s'y installer, dès la fin de l'année, par un revenu garanti de 3 600 euros par mois.

Avec la Loi SNS, chaque patient sera dès la naissance, fiché, répertorié, géo-localisé par un « GPS sanitaire » pour être orienté vers l'offre de soin correspondant au réseau prévu par la PPL Leroux, en lien avec les Mutuelles de groupe, fléché par l'entreprise, quand il a un emploi. Un dossier personnel médical personnel de nouvelle génération doit être créé afin que les patients soient mieux suivis dans ce parcours médical.

Reste à savoir, vers qui ces patients utiliseront-ils leurs nouveaux droits d'actions collectives en justice dans le domaine de la santé ? L'État ou la collectivité locale, les deux seules pourront, selon les vœux du Premier Ministre, conserver la compétence générale.

Dans ce contexte on ne peut qu'être inquiet au sort dévolu aux 300 centres hospitaliers locaux (ex-hôpitaux locaux) répartis sur l'ensemble du territoire, qui assurent des missions de service public indispensables, dans des zones rurales souvent fragiles, au bénéfice d'une population âgée. Au fil des années, malgré les obstacles réglementaires et financiers, la plupart d'entre eux ont su maintenir une offre de proximité sanitaire et médico-sociale cohérente, sans plateau technique lourd, qui associe médecine, soins de suite et services d'hébergement et de soins aux personnes âgées. Ils assurent une coordination naturelle avec les médecins généralistes libéraux qui y exercent, et coopèrent avec les professionnels de santé, les structures médico-sociales, et les centres hospitaliers de recours ; ils ont pris dans des territoires isolés une place essentielle et peuvent contribuer, en complémentarité avec les maisons de santé, à maintenir et attirer des professionnels.

Toutefois, alors que le gouvernement promeut une stratégie nationale de santé centrée sur les territoires,

les centres hospitaliers locaux, préfiguration du service public territorial, sont, au gré des politiques régionales, souvent ignorés par les ARS voire menacés de transformation en EHPAD. Cinquante-neuf centres hospitaliers locaux ont ainsi disparu de 2004 à 2012. Il est à craindre une accélération de ce mouvement, compte tenu de la politique de certaines ARS. À titre d'exemple on peut citer, en Franche-Comté, le risque de disparition de la moitié des centres hospitaliers locaux, dans le cadre d'un rapport proposant la mise en œuvre de seuils minimaux de capacité des services de soins de suite.

Un récent article paru dans les Echos, rappelait qu'un rapport des Inspections des affaires sociales (Igas) et des finances (IGF) remis au gouvernement Ayraut dès son arrivée à l'été 2012 a chiffré à 15 milliards d'euros les économies réalisables d'ici à 2017 en jouant uniquement sur la pertinence et l'efficacité des soins (sans aucun déremboursement). Dans ce scénario, 60 % des gains doivent provenir des hôpitaux. L'une des clefs, pour y remédier, est de régler la sempiternelle question de l'accès de premier recours, en évitant que celui-ci se fasse par les urgences (le nombre de passages n'en finit pas de progresser). Certains services d'urgences devraient être fermés dans les zones denses, quitte à investir encore davantage dans les maisons de santé. Il faut réguler l'offre. Toute la difficulté, précise-t-il, est de convaincre les hôpitaux de diminuer certaines activités, alors qu'il leur est demandé globalement d'en faire de plus en plus pour équilibrer leurs comptes avec la T2A. D'où le pendant incontournable de cette politique : généraliser les contrats de performance (entre l'agence régionale de santé et l'hôpital) actant les gains de productivité réalisés et récompensant les bons élèves. Et ne pas reculer quand des restructurations sont nécessaires : fermeture des blocs opératoires sous-utilisés, suppressions de postes, etc. Le scénario Igas-IGF évalue à 1,5 % par an les réductions d'effectifs hospitaliers consécutives à son plan. La régulation de l'offre doit aussi, bien sûr, concerner les professionnels de santé libéraux : médecins, infirmières, kinés, laboratoires d'analyses, etc. Sur ce champ, des outils de pilotage ont été mis en place, mais l'État comme l'Assurance-maladie doivent passer la vitesse supérieure. En fixant des objectifs plus ambitieux aux contrats de bonne pratique des médecins libéraux. En étant plus offensif quant à la répartition des professionnels de santé sur le territoire (voilà une source d'inefficience majeure) et aux délégations de tâches (entre médecin et infirmier, par exemple). La plupart de ces orientations ont déjà été engagées et sont partagées, au PS comme à droite. L'article conclut par « Tout est désormais une question de tempo ».

C'est pourquoi, dans ce contexte, il nous faut poursuivre la revendication d'un moratoire sur la fermeture

des lits sanitaires dans les centres hospitaliers locaux, refuser par... la majorité PS associée à la Droite au Sénat. Nous devons comme La FHF, l'AGHL et l'ANCHL le souhaitent, nous assurer de la place de ces centres hospitaliers locaux dans le cadre de la construction du service public territorial de santé.

Elles demandent qu'une concertation à cet effet soit menée au niveau national :

- Pour redéfinir le cadre légal et réglementaire, dans lequel s'exerce l'activité des centres hospitaliers locaux ;
- Pour élaborer des instructions à l'attention des ARS, en vue d'évaluer leur contribution au dispositif sanitaire et de leur donner leur juste place dans les projets régionaux de santé et les projets de territoire ;
- Pour déterminer les modalités de financement de leurs activités sanitaires, qui permettent d'assurer la pérennité de leurs activités ;
- Pour instaurer des dispositifs attractifs d'emploi des professionnels libéraux, médicaux et paramédicaux.

Comment en effet, ne pas voir dans le projet gouvernemental de stratégie de santé, le contraire de ce qu'il affirme, quand il dit vouloir prendre en compte les déterminants de santé, alors que le principal d'entre eux, à savoir les inégalités sociales, ne cesse de se détériorer avec la complicité du Gouvernement actuel davantage préoccupé par les pigeons et le MEDEF que de cette question.

De même, la priorité donnée à la santé environnementale est démentie dans les faits par l'exclusion et donc l'absence au sein du comité pour la transition écologique, des associations spécialisées dans ce domaine.

Dans le domaine de la santé au travail, comment croire que celle-ci est prioritaire quand est signé l'accord « Made in MEDEF » et que l'inspection du travail et la médecine du travail sont maintenues dans une précarité qui ne leur permettent pas d'exercer leur mission ?

Concernant la lutte contre les dépassements d'honoraires, le document se félicite de l'accord de décembre 2012 alors que celui-ci entérine les dépassements d'honoraires et en augmentent le nombre depuis sa signature. Au-delà de ces preuves accablantes de duplicité, cette stratégie de santé ne prévoit aucune remise en cause des mesures décidées par la droite. La suppression des franchises n'est nullement envisagée tandis que la T2A (tarification à l'activité) est soudain parée de nombreuses vertus.

Enfin, la question du médicament et des laboratoires pharmaceutiques n'est même pas traitée, si ce n'est avec la création d'un site internet qui facilitera l'automédication.

En matière de santé comme en fiscalité ou en droit du travail, le Gouvernement a donc choisi de poursuivre la voie tracée par la droite. Sur un sujet aussi sensible, alors que la santé de nos concitoyens se dégrade sous l'effet des politiques mises en œuvre depuis trop longtemps, on attendait d'un gouvernement qui se dit de gauche des mesures beaucoup plus radicales telles que la lutte contre les lobbys (pharmaceutique, chimique et agroalimentaire), une politique de prévention passant par la suppression des causes environnementales à l'origine notamment de l'épidémie de cancers, le renforcement de la médecine du travail, la mise en place d'un réel système de médecine de proximité, partout et pour tous, qui remette en cause le paiement à l'acte et le libre choix d'installation ainsi qu'une augmentation substantielle de la part des soins remboursés par l'Assurance maladie (et non le déchargement sur les complémentaires santé).

Pour ceux qui auraient des doutes sur les intentions ministérielles, Didier Tabuteau*, responsable de la chaire santé de Science Po et co-directeur de l'Institut Droit et Santé de l'Université Paris Descartes à Paris, insiste sur le fait que les quatre prochaines années seront déterminantes pour mener à bien une réforme globale du système de santé. Je cite : « *Le contexte économique fait qu'on peut d'autant moins être inefficace que la conjoncture économique est grave. En période de très faible croissance, la réforme est encore plus nécessaire. Ensuite, le système de santé lui-même se trouve dans une période tout à fait exceptionnelle car pour la première fois depuis 1945, il n'est plus en phase d'expansion. Nous nous trouvons dans une phase de régulation, de réorganisation, de restructuration hospitalière et le nombre de professionnels de santé ne va pas croître. Et surtout, la démographie médicale qui est un élément essentiel, risque de diminuer dans les prochaines années. Donc, le temps médical ne va pas augmenter ce qui ne s'est jamais vu depuis la création de l'Assurance maladie. Enfin, pour les trois ou quatre ans qui viennent, il n'y a pas de perspectives d'innovations thérapeutiques massives, d'arrivées de block busters sur le marché. Donc, la pression à la hausse des dépenses de santé est beaucoup moins forte que par le passé. Si on ajoute à cela, le choc démographique lié au vieillissement de la population, la montée des maladies chroniques et la nécessité d'une organisation plus adaptée à ces pathologies, tous les éléments qui poussent à réorganiser, à restructurer sont là ».*

En clair, une chance pour réformer ce modèle issu des années 45, donc du programme de la CNR. Et pour cela, après la réforme de l'hôpital issue de la loi HPST, sa conviction est que le système ne peut pas se réformer sans toucher à la médecine de ville, ou de cette dernière sans s'attaquer au médico-social, etc. C'est le sens de la loi SNS si elle voit le jour.

Mais Didier Tabuteau voit plus loin, Il faut dit-il, sans aucun tabou, débattre des modes de financement, des modes de rémunération et de paiement. ET pour être plus clair, Didier Tabuteau, grand penseur des socialistes avec Claude Le PEN, le dit franchement : les partenaires sociaux ne sont plus légitimes à ses yeux, pour siéger à l'Assurance maladie et définir notamment le contenu des politiques conventionnelles. S'il ne conteste pas leur légitimité dans le champ de la démocratie sanitaire et sociale où ils ont vocation à exprimer les attentes de leurs mandants, de tous les cotisants à l'Assurance maladie. En revanche, pour lui, le pilotage de la politique de santé ne leur est plus dévolu de fait et qu'il n'est pas bon de maintenir des institutions qui représentent une forme de pouvoir sur la politique de santé alors qu'il n'est plus exercé du fait de la création de la CSG, de l'institution de la loi de financement de la Sécurité Sociale et de la réforme des caisses de 2004. Maintenir un système dual entre l'État et l'Assurance maladie pour la conception et le pilotage de la politique de santé et d'Assurance maladie, revient à conduire une voiture avec deux volants, deux accélérateurs et deux pédales de freins. Cette dichotomie est aujourd'hui préjudiciable au système de santé. Il faut donc s'acheminer vers une unification du pilotage avec d'un côté une assurance maladie gestionnaire et liquidateur des prestations, tête de réseau de caisses primaires et de l'autre, une unité de pilotage dans une agence de promotion et de régulation de la santé, qui permettrait à l'État d'assumer pleinement sa responsabilité de santé publique qui est de facto celle qui figure dans les textes et que la population lui reconnaît.

Voilà donc l'étape suivante de cette loi SNS après celle de la loi HPST.

La démocratie au chevet de la Santé

Par le D^r Paul Cesbron

Le développement de la démocratie est un mouvement, un combat permanent de chacun, expression de la volonté sans fin d'assurer notre émancipation toujours en chantier parce qu'elle rencontre celle des autres, découvre la complexité du monde et la nécessité de dépasser les contradictions qui l'agitent. Nous constatons alors que nos institutions ne sont pas la démocratie, mais seulement un temps de celle-ci. Elle ne connaît que des progressions ou des reculs. La démocratie ne peut se figer dans aucune constitution ni programme préconçu. Son moteur, c'est la confrontation des idées et des luttes que génère chacune de nos vies et en particulier les plus modestes, les plus discrètes, les plus maltraitées.

La Santé un indicateur de la démocratie

Or, la santé c'est à la fois une indication de l'état de notre démocratie comme expression des rapports sociaux mais également sans doute un de ses puissants stimulants. Ce n'est pas seulement du devoir social d'assurer l'égalité d'accès aux soins qu'il s'agit et que peu d'individus ont le cynisme de réfuter, ce sont également les conditions générales de vie qui assurent le bien-être et préservent de nombreuses souffrances physiques et psychiques, qu'il nous faut sans cesse rendre meilleures.

Une histoire qui vient de loin, une exigence des plus maltraitées

Et ce combat dont nous faisons l'expérience s'il commence par le « prendre soin de soi » nous a été transmis par l'attention bienveillante des autres à nous-mêmes. Ainsi sont nés les luttes collectives contre les épidémies, les famines, les guerres et cent autres formes de malheurs, même si à ces occasions peuvent se manifester les plus destructeurs replis sur soi. Aux luttes paysannes pour le pain et la terre, ont fait place les combats ouvriers pour la survie et la dignité, contre l'exploitation et la guerre. Caisses de secours mutuels, amélioration des conditions de travail et de vie, ce sont bien les plus méprisés qui ont imposé ces progrès. Au XX^e siècle, c'est aussi eux qui ont créé notre Sécurité Sociale, ce sont les parents d'enfants handicapés qui ont défendu la dignité de leurs enfants. Ce sont Pascal Duquenne⁽³⁰⁾, Claire Poinot et bien d'autres jeunes adultes porteurs de trisomie 21 qui ont proclamé, parfois, amusés de la suffisance de ceux qui se pensaient normaux, qu'ils faisaient bien partie de la grande famille

humaine. Leur liste est longue. Elle conforte la capacité à bien vivre, l'aptitude de nos propres faiblesses à nous faire grandir, et cette « absurdité ontologique » qui fait nous soucier d'autrui avant nous-mêmes.

La démocratie sanitaire, une volonté de justice

Il est habituel de considérer que le concept de « *démocratie sanitaire* » est à l'origine de notre loi du 4 mars 2002. Elle est bien en effet l'expression ramassée et partielle de cette longue histoire de la solidarité humaine. D'un de ses aspects les plus perceptibles. Celui des luttes contre une des formes les plus inacceptables des injustices, l'inégalité face à la souffrance et à la mort.

Aussi la démocratie sanitaire ne relève-t-elle ni de l'injonction, ni d'une quelconque réglementation mais de la volonté de bien vivre et de l'expérience apprise par des relations humaines que l'on nomme démocratiques. Nos institutions n'imposent pas la démocratie, ni sanitaire, ni sociale, ni participative, elles la font leur ou s'y opposent par les innombrables moyens de la persuasion. Et mieux encore, en tentant de l'inclure et de lui faire perdre toute sa fécondité critique. Cette apparente perversité n'est en fait que la conséquence d'une conception figée et administrative de la démocratie. Elle en est la caricature.

La France comme d'autres pays a un très grand nombre de partis, de syndicats, et d'organisations diverses dont la forme la plus récente est associative. Toutes se donnent des modes de fonctionnement et des objectifs qui relèvent de la confrontation des idées et de la lutte pour les réaliser. Les associations ont le plus souvent au sujet de la santé une origine liée à des injustices sociales qui ont créé directement ou non la souffrance. C'est le cas de l'exploitation minière des matières premières (la silicose), de leur utilisation sous des formes dangereuses (l'amiante, le plomb, l'uranium...), du harcèlement, des mauvaises conditions de travail, du « *management* », ou qui indirectement n'apportent pas à tous les remèdes nécessaires, ou les conditions sociales favorables : le handicap, les autres pertes d'autonomie et les maladies de toutes sortes. Le point de départ c'est donc le constat par une partie de ceux qui vivent la même souffrance, d'une réponse insatisfaisante, incomplète, inappropriée, injuste ou la révolte face à un accident, une maladie qui menace leur vie et les précipite dans une solitude angoissante. Il faut s'associer !

³⁰ Pascal Duquenne, « *Le Huitième jour* » Palme d'or d'interprétation masculine avec Daniel Auteuil. Festival de Canne 1996

Les paradoxes du progrès sanitaire

Cette situation s'est paradoxalement accentuée à mesure que nos possibilités de soulager et de guérir grandissaient. Très faible jusqu'au XIX^e siècle, elles n'ont cessé de se développer lors de la dernière partie de cette période. Et parallèlement, les associations concernant la santé se sont multipliées. C'est aussi durant ce temps que font place aux épidémies, famines et premiers gros accidents industriels, une succession de nouvelles catastrophes sanitaires et écologiques, à Bhopal, Tchernobyl et autres accidents nucléaires, naufrage de navires pétroliers, le SIDA, l'asbestose et autres pathologies iatrogènes (ou nosocomiales, c'est-à-dire liées aux soins) ainsi que des accidents et erreurs thérapeutiques. Il y a également de véritables « *empoisonnements collectifs* » consécutifs à la recherche du profit : THALIDOMIDE, DISTILBÈNE, VIOX, MEDIATOR, prothèses PIP... faisant l'objet de procédures de justice souvent spectaculaires. En effet, de nombreux progrès thérapeutiques très réels peuvent être dangereux pour les personnes comme pour l'environnement et la santé. Les progrès sont considérables mais apparaissent menaçants. Quant aux médecins et aux professionnels de santé, ils ont à leur disposition des moyens fabuleux mais qui du fait d'erreurs ou de fautes humaines, mais également d'imperfections techniques, peuvent devenir redoutables : les contaminations par les transfusions de produits sanguins ou les instruments d'explorations médicales et chirurgicales. Bref, il y a sinon de la suspicion, du moins de l'inquiétude dans une société où le sentiment dominant est que pourtant tout pourrait aller mieux.

Tout cela s'amoncelle et pousse ceux qui sont aux commandes à adopter le « *principe de précaution* » qui va devenir un dogme nouveau. Il a toute l'apparence de la sagesse.

En France aussi la Santé est inégalitaire

Il est vrai que les inégalités sanitaires se creusent^{(31), (32)}. Les données rapportées par les Observatoires Régionaux de Santé dans un pays riche comme le nôtre, possédant tout pour satisfaire les besoins de tous, ont de quoi révolter. Elles correspondent très logiquement à l'aggravation du taux et de la sévérité de la pauvreté. La France devrait, nous dit-on, payer des dettes colossales, ce qui n'est guère aisé à comprendre et pour ça réduire ses services publics et rabaisser le niveau de sa protection sociale ; On en connaît les funestes conséquences. Qui peut l'accepter ?

³¹ « Indicateurs de suivi des inégalités sociales de santé » : Haute Autorité de Santé. (H.A.S.) Rapport 2013.

³² Alain Trugeon et col., « Inégalités socio-sanitaires en France ». 2010, Fédération Nationale des Observatoires de Santé.

Et bien, appelée « *démocratie sanitaire* » la participation des associations défendant l'accès aux soins de qualité pour tous et luttant pour la promotion de la santé, dans des conditions et par des mesures qui s'y opposent, c'est leur faire perdre leur mordant démocratique et leur volonté émancipatrice. A moins d'en faire des alliés pour rectifier ses erreurs. Après tout, n'est-ce pas ce que nous a enseigné Machiavel ? Le pouvoir jusque dans ses prolongements les plus éloignés du centre, a la fâcheuse tendance à confondre la démocratie et la participation à ses propres objectifs. La fonction première de la démocratie n'est-elle pas sa force critique en l'absence de laquelle il ne peut y avoir de progrès.

Mais alors quel est le meilleur financement de la santé ?

La démocratie sanitaire exige en premier que soient rétablis les moyens financiers que s'était donnés la Sécurité Sociale à son origine, c'est-à-dire le versement de cotisations patronales et salariales directement lié aux richesses produites et permettant d'assurer la totalité des dépenses de santé. Le jeu inégalitaire du recours aux assurances complémentaires, lucratives ou non, peut et doit disparaître. Malheureusement les surenchères patronales sur « *le coût intolérable du travail* » et l'absence de compétitivité de notre appareil de production impressionnent beaucoup. Nous avons pourtant sous les yeux la preuve que les dividendes versés (la rente du capital) n'ont cessé de croître au cours des trente-cinq dernières années.

Si l'on s'en tient aux rudes données économiques de l'Institut national de la statistique et des études économiques (I.N.S.E.E. 2013) durant cette période, les cotisations patronales n'ont cessé à l'inverse de décroître jusqu'aux alentours de 2010. Vouloir à nouveau les réduire s'inscrit clairement dans la volonté de faire disparaître notre Sécurité Sociale et de transformer cet outil en un système assurantiel de nature inégalitaire.

L'alternative proposée - mais en est-ce vraiment une ? - est déjà en place avec la contribution sociale généralisée (C.S.G.) serait la fiscalisation de notre protection sociale présentée à la fois comme égalitaire : « *à chacun selon ses besoins* » et solidaire de « *chacun selon ses moyens* ». Quoi de plus juste ! Seulement voilà, outre que les dividendes pourraient ainsi s'envoler et générer ainsi d'autres inégalités, y compris sanitaires, il faut rappeler qu'aucun Gouvernement ne sera en mesure d'augmenter aussi lourdement la pression fiscale. C'est l'essence même du principe de financement de la Sécurité Sociale que l'on remet en cause. C'est le lien fondateur de la production des richesses produites avec l'accroissement du bien être de tous que l'on brise.

Un mot toutefois pour préciser que l'accroissement des richesses produites, dans la perspective des fondateurs de la Sécurité sociale, est bien un renversement de la logique de l'économie actuelle. Alors que celle-ci rabaisse la citoyenneté à la satisfaction de consommateurs avides jusqu'à la nausée de nouveaux produits et encouragée par le vieillissement délibéré des « richesses » produites : « *l'obsolescence programmée* ». Cette économie fait du corps et de la santé la marchandise la plus rentable et menace déjà gravement l'équilibre de notre écosystème.

La Démocratie sanitaire, instrument du Pouvoir ?

Mais nous n'en sommes pas encore à cette exigence de financement. Le fatalisme est même entretenu par des économistes de santé^{(33), (34)} qui reconnaissent tout l'intérêt de la justesse des cotisations sociales, mais estiment que l'on ne peut pas revenir en arrière. Ils sont de ces auteurs qui appellent de leurs vœux la démocratie sanitaire, mais la conçoivent comme nécessaire à la défense de l'égalité d'accès aux soins dans le cadre étroit et inquiétant, nécessairement partiel, d'un financement fiscalisé. Comme le répète justement Frédéric PIERRU : « *Il n'y a de déficit de la Sécurité Sociale qu'en raison de l'insuffisance des recettes.* » Or la nature de ces recettes n'est pas indifférente.

Les gouvernements successifs, également défenseurs de la « *démocratie sanitaire* », n'hésitent pas à s'en faire les promoteurs tant l'acceptation des citoyens à leur propre stratégie nationale de santé leur est indispensable. Ils dévoilent ainsi leur intention en insistant sur les économies de santé possibles. Ils montrent du doigt avec force, utilisant à cette fin de considérables moyens de communication, les dépenses de santé inutiles. Le citoyen-usager est alors présenté comme un consommateur anxieux et mal conseillé, se livrant avec des croyances d'enfant aux pires « *expériences thérapeutiques* ». Il lui faut associer les psychotropes aux coupe-faim s'il ne souhaite pas avoir recours aux effets miraculeux des drogues illicites. Soignants, élus et citoyens, voudraient plus de lits d'hôpitaux, des services d'urgence à leurs portes et des médecins dans le moindre hameau. Quant aux praticiens eux-mêmes, fascinés ou plutôt intéressés par la publicité des fabricants de médicaments, ils prescriraient trop souvent des médicaments sans effet et parfois dangereux, assurés de la qualité de leur ordonnance par leurs propres « *maîtres* ».

Ne parlons pas des chirurgiens qui s'entêtent à ouvrir les ventres quand on peut opérer avec des instruments introduits par des tubes de 8 à 12 mm de diamètre, sous le

regard précis de caméras. Ce sont les ministres de la santé, les directeurs d'Agence Régionale de Santé (A.R.S.), les économistes de santé et autres qui le disent. D'ailleurs, le regard pointé sur leurs courbes, taux et diagrammes, les directeurs des hôpitaux, sous la surveillance des A.R.S. convoquent les responsables des unités hospitalières afin de les rappeler à leurs devoirs civiques : la durée moyenne des consultations et celle des durées de séjour nécessaires aux soins sont excessives, ainsi que les prescriptions de médicaments et les dépenses d'instruments et de matériaux divers. Fortes recommandations approuvées par les chefs de Pôles, Directoires et Conseils de Surveillance. Durée Moyenne de Séjour (D.M.S.), taux de remplissage des lits (!), coûts moyens par maladie, sont désormais les critères principaux de la qualité des soins !!

Il faut faire des économies sanitaires !

Bref nous dépensons trop et mal pour la santé. Voilà pourquoi Madame, votre Sécurité Sociale est malade !

Le refrain n'est pas nouveau et les bases de ce raisonnement éclairé ont été posées dans les années 1970. Leurs conséquences ont suivi : réductions drastiques du nombre de soignants formés (*numerus clausus*), et pas seulement des médecins, fermetures massives des hôpitaux de proximité, à commencer par les maternités (plus de huit cents en trente-cinq ans). Les arguments de bonne foi utilisés pour justifier ces réductions de moyens sanitaires sont bien connus. Il s'agit d'assurer la sécurité, c'est-à-dire le bien des consommateurs-usagers. Quant aux coupables désignés, ils étaient les mêmes que ceux employés aujourd'hui : surconsommation, organisation irrationnelle, insuffisamment productive et parfois dangereuse des soins, malgré les « *incontestables qualités humaines, dévouement et compétence du personnel soignant* ». L'association des reproches les plus sérieux et de ces flagorneries, laisse pantois. Car la vraie raison était liée à l'apparition de quelques fissures dans notre triomphante économie et qu'il fallait en terminer avec « *les jours heureux* » et ce que l'on nomme très imprécisément « *l'État-Providence* ». Denis Kessler⁽³⁵⁾, appelle crûment l'affaire, le « *détricotage méthodique du compromis social réalisé par le Conseil National de la Résistance et son programme* ». On ne peut pas lui reprocher une telle franchise.

Un « usager-consommateur » au service des firmes ?

Il faudrait donc désormais associer les consommateurs, bien peu citoyens, mais tout à fait « usagers » aux producteurs de soins, entités mystérieuses protéiformes, hydres à têtes chercheuses et dévorantes, sans nom ni patrie comme l'a rappelé dans ses envolées lyriques pré-

³³ Didier Tabuteau, « *Démocratie sanitaire* » Odile Jacob 2013.

³⁴ Frédéric Pierru, « *L'Hôpital en réanimation* » Ed. du croquant 2011.

³⁵ Denis Kessler, *Revue Challenges*, 4 10 07

électorales notre actuel président de la V^e et très personnalisée République.

Mais voilà, l'histoire des « usagers » de la santé n'a pas commencé avec la loi. Elle l'a précédée de très loin dans le temps. Ces citoyens malades, vieux, handicapés, futurs parents, ont tous et intimement compris que leur santé, c'est-à-dire la santé de tous, ils en portaient la responsabilité principale puisque c'est leur vie qui est en cause. Ils savent aussi qu'ils ont besoin qu'une partie d'entre eux se consacrent plus particulièrement aux soins et à la prévention de toutes les menaces qui pèsent sur la vie. Mais ils ont aussi appris que toute délégation a ses limites et peut éloigner de ses mandants. En un mot, il faut faire vivre la démocratie dans sa fonction essentielle à la fois fondatrice du droit et de sa subversion, ou plus sereinement de son dépassement.

Comment faire vivre la démocratie sanitaire ?

À ce jour, nombreuses sont les associations qui craignent les analyses politiques de tous ordres et veulent se tenir à l'écart de ces débats qui souvent leur semblent vains quand ça n'est pas mystificateur et mensonger.

Républicaines par nature, elles acceptent le rôle des partis, des syndicats, des services de l'État et des collectivités territoriales confondant parfois non sans raison, le rôle des élus politiques et syndicaux et celui de l'administration. Mais l'unité n'est pas simple à réaliser avec les élus et les syndicats, alors que le partenariat avec les services de l'État semble parfois très engageant, facilité même, tant ils insistent sur les compétences des associations et les déclarent interlocuteurs principaux. Certaines sont farouchement attachées à leur indépendance, y compris financière et redoutent ou combattent tout partenariat non associatif, source de compromis inacceptables et volontiers de soumission. D'autres réclament une participation active.

Qu'importe, mais à la grande question du financement de la Santé, peu, quoique s'y référant, pensent possible la réactivation des principes fondateurs de 1945. Toutes ou presque sont attachées à la prévention, à l'égalité d'accès aux soins de qualité et à la nécessité de lutter démocratiquement. Parfois les pratiques de « lobbying » (lobby signifie antichambre en anglais) polluent les associations.

De telles bases, qu'elles soient ou non déclarées contradictoires ou différentes d'avec les buts et les pratiques des partis, des syndicats ou des gouvernements, permettent de penser que les associations seront appelées par leurs activités dont la confrontation des idées fait partie, à répondre aux questions du financement et de sa gestion. Car cet aspect est aussi important. La direction de

la sécurité sociale et son organisation, devront être mises à l'ordre du jour. Conçue à l'origine comme indépendante du budget de l'État et majoritairement dirigée par les représentants syndicaux élus des travailleurs, le premier coup porté à la protection sociale, le fut à ce niveau. L'affaiblissement de la représentation des salariés entraînant la chute progressive de cet acquis de la Libération. Question également essentielle, elle appelle une réponse démocratique qui conditionne la pérennité du financement et de sa progression. Mais si les associations de promotion de la santé n'envisagent pas ces questions c'est aussi parce qu'elles sont considérées comme résolues et qu'aucune association, au-delà des proclamations d'indépendance, n'échappe au poids des analyses dominantes largement diffusées par les voies autorisées d'experts. Ni totalement d'ailleurs les partis et les syndicats, souvent mieux armés, mais aussi plus proches du pouvoir, en place ou à venir.

La moindre des faiblesses du mouvement associatif n'est-elle pas une conception réductrice des luttes démocratiques par rapport aux lois et au suffrage universel lui-même ? Si les lois étaient inscrites dans le marbre, il n'y aurait pas de démocratie et si le suffrage universel assurait le pouvoir sans partage d'une majorité toujours plus relative, les progrès humains perdraient la plus féconde de leurs sources.

Le moteur des progrès de la Santé

La démocratie sanitaire est donc le moteur principal des progrès en santé. Elle n'est pas l'émanation du pouvoir, mais le pouvoir ne peut plus marginaliser ce courant. Désormais il donne plutôt à tous, le sentiment qu'il en aurait besoin. Pas de doute, la démocratie sanitaire est aujourd'hui une forme de mobilisation populaire qui peut et veut participer à l'élaboration des politiques de santé et pour certains à leur gestion. Ni au service d'un gouvernement qui la sollicite comme partenaire, ni au service des firmes pharmaceutiques qui sont prêtes à lui consacrer une partie de leur budget de marketing⁽³⁶⁾, le mouvement associatif doit conforter son indépendance.

Indépendance fonctionnelle en se donnant les moyens propres de son organisation, alliant la spécificité des associations et se fixant des objectifs communs, sous les formes souhaitables, nationales et locorégionales. C'est considérable et difficile à tous égards en particulier en raison de son extrême diversité, quantitative et qualitative, à son histoire et au fort attachement de ses composantes à l'autonomie ainsi qu'aux craintes de centralisation et

³⁶ Revue Prescrire, 2005, n° 258, p. 133-134] citant l'article de A. Herxheimer : « Relations entre l'industrie pharmaceutique et les associations de patients » British Medical Journal (BMJ) 2003, n° 326, p. 1208-1210).

de tentatives d'instrumentalisation. Cependant, la création de collectifs est la confirmation de cette volonté. L'un d'entre eux, le Collectif Inter-associatif Sur la Santé (C.I.S.S.) a atteint le niveau souhaité par les instances gouvernementales et administratives pour en faire son principal interlocuteur associatif. Au point d'ailleurs d'être considéré comme quasi-représentatif de l'ensemble des associations de patients. Sur 143 personnalités entendues, par C. Compagnon⁽³⁷⁾, de vingt-cinq à trente seulement le sont à ce titre et ne représentent elles-mêmes qu'autour d'une cinquantaine d'associations, hors syndicats, et organismes médico-sociaux, certes importantes, sur plusieurs milliers.

On l'a vu le Collectif Inter-Associatif autour de la Naissance (C.I.A.N.E.) est désormais appelé à siéger dans diverses instances nationales d'organisation de soins : Comité National de la Naissance, Réseau de Soins Périnataux, Haute Autorité de Santé et se fait entendre de sociétés savantes de professionnels : Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français, Collège Français d'Echographie Fœtale, Société Française de Périnatalité,.....

Pour une Conférence Nationale des Associations citoyennes de la Santé

Une organisation nationale des Associations est d'ailleurs souhaitée par le pouvoir et recommandée par les rapports d'Alain CORDIER⁽³⁸⁾ et Claire COMPAGNON.

Autant cette instance paraît souhaitable, autant l'on peut craindre sa constitution hâtive sous le patronage du pouvoir. C'est au mouvement associatif de construire ses propres outils et d'en assurer l'indépendance. Celle-ci implique également un financement dont le premier principe réside dans l'engagement libre et personnel de chacun de ses membres, y compris financier.

Mais admettons que ce ne soit pas suffisant comme semble l'indiquer le niveau de subventions reçues par le C.I.S.S. qui s'élèvent à plus de 3 millions d'euros (comprenant des subventions régionales). Le rapport COMPAGNON estime le niveau de financement nécessaire à la participation des associations qu'elle nomme « *d'usagers* » comme l'on fait la plupart des associations elles-mêmes, à la « *Stratégie nationale de santé* », à 16,5 millions d'euros sous forme de subventions d'État. Il est vrai que c'est très peu au regard du budget de l'Assurance Maladie. Mais gageons que ce n'est guère

compatible avec la volonté proclamée de réduction des dépenses publiques. En fait, pourquoi ne pas mettre à contribution l'industrie pharmaceutique qui dégage des milliards de dividendes distribués. L'État peut fort bien créer une taxe à laquelle les firmes seraient soumises, alimentant un fonds national de la démocratie sanitaire et totalement versé aux associations citoyennes de patients et défenseurs des droits de santé sous la forme de subventions dont le montage juridique serait défini.

Ainsi une aide serait apportée à toutes leurs activités, y compris pour celles qui le souhaitent, à la construction d'un Conseil National des Associations. Ce conseil pourrait d'ailleurs gérer le budget alimenté par l'État dans des conditions à définir.

Une stricte indépendance du mouvement associatif de promotion de la Santé

Il est sans doute nécessaire dans un premier temps de créer des structures de base au niveau des départements et indépendantes des A.R.S. Celles-ci, prolongement régional de l'État, n'ont pas, dans l'esprit de la loi « *Hôpital-Patients-Santé-Territoire* » (H.P.S.T.), vocation à faire place à la démocratie sanitaire, quoi qu'elles en disent, mais bien plus à dénaturer ce concept, « *ambigu* » comme le qualifie Gilles LEBRETON⁽³⁹⁾, et d'en faire un leurre démocratique, cultivant la flagornerie et l'illusion bienfaitrice d'une fertile collaboration. Si les Conférences Nationales et Régionales de santé et de l'autonomie, donnent parfois, à quelques associations la possibilité d'exprimer les plus vives critiques, écoutées avec une grande politesse, elles n'en restent pas moins pour l'essentiel des chambres d'enregistrement sans pouvoir et tristement dociles. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que la loi H.P.S.T. réduit la représentation tant des associations de patients que des élus et des représentants des personnels, y compris des praticiens, à tous les niveaux, réduction d'autant plus remarquable que les nombreux regroupements d'hôpitaux ou d'établissements de santé ont aggravé cette tendance. Quant au choix des associations, il est confié à l'administration préfectorale. Or, nous restons toujours dans ce cadre légal de régression démocratique visant à réduire les dépenses publiques de santé. Et la volonté politique actuelle n'est pas clairement d'inverser la vapeur.

Les Associations pourraient demander au moins deux améliorations : le tirage au sort de toutes celles qui le souhaitent et leur renouvellement tous les deux ans, sans tenir compte du nombre de membres déclarés ou non, la représentation des collectifs relevant d'une décision

³⁷ Rapport de Claire Compagnon, « Pour l'an II de la démocratie sanitaire » 14 02 2014

³⁸ Alain Cordier, « *Un projet global pour la Stratégie nationale de Santé* » rapport du 1 06 2013

³⁹ Gilles Lebreton, « *La démocratie participative* », L'Harmattan 2013

interne à ceux-ci. Il pourrait également être créé plusieurs collèges, selon la nature et les objectifs des Associations. Préservant son indépendance de fonctionnement, l'auto-gestion d'un budget assuré par les profits des firmes, le Mouvement Associatif de Promotion de la Santé maintiendrait ainsi toutes ses qualités démocratiques critiques et de lutte.

L'ouvrage dirigé par Denise Pellassy-Tarbouriech⁽⁴⁰⁾, insiste sur la nécessaire formation des « *représentants des usagers* » (R.U.). Certes, elle est indispensable, mais les membres des associations ne vont pas devenir des étudiants en soins, en médecine, pharmacie, prévention, économie de santé, d'autant que beaucoup d'enseignants seraient souvent des acteurs défendant la conception en cours des différents aspects de la politique de santé, prévention, et organisation des soins, les associations, collectifs, doivent être maîtres de leurs formations et celles-ci relèvent de la réciprocité.

Maîtres et diffuseurs de leur savoir

En effet, la richesse de l'expérience associative est également un trésor de connaissances vivantes. Elle doit bénéficier de l'apport critique des professionnels et réciproquement. Mieux la place des associations est nécessaire à la formation de tous les professionnels au cours de leurs études ainsi que de leurs activités. Et il s'agit là d'une tâche essentielle de la démocratie sanitaire. Madeleine AKRICH, n'a pas seulement enquêté sur les pratiques de soins⁽⁴¹⁾, elle a aussi fait part de la richesse du savoir associatif appelé « *savoir profane* »⁽⁴²⁾ qui est aussi celui des individus. Des unités hospitalières de cancérologie, périnatalité, psychiatrie⁽⁴³⁾ ont illustré l'intérêt des témoignages des patients auprès des soignants. Cette formation autonome des associations est déjà en cours (C.I.S.S., C.I.A.N.E...) et leur participation à la formation des professionnels est à mettre en place. Elle ne semble pas proposée dans les rapports CORDIER et COMPAGNON. Ce peut-être un bel objectif et une expérience pleine de promesse.

Il en est de même de l'organisation systématique de journées ou séances publiques d'informations et de mobilisations orientées sur la prévention et le soin. C'est aussi un vaste chantier immédiatement réalisable dans le cadre de la préparation d'une loi de progrès en santé.

⁴⁰ Denise Pellassy-Tarbouriech, « *La démocratie sanitaire à l'hôpital* » Lamare 2013

⁴¹ M. Akrich : « *Comment la naissance vient aux femmes ?* », Ed. Les empêcheurs de penser en rond, 1996.

⁴² M. AKrich : « *Se mobiliser pour la santé* » Presse de l'École des Mines 2009.

⁴³ Tim Greacen et Emmanuelle Jouet dans : « *La démocratie sanitaire à l'hôpital* », Ed. Wolters Kluwer, 2013, p.3 -18]

Des Conseils Départementaux et Régionaux de la Santé

Il pourrait être propice à la formation de Conseils Départementaux et Régionaux de la Santé, associant toutes les composantes associatives, syndicales et politiques, aux organismes de recherche (Observatoires Régionaux de la Santé...) et d'enseignement. Car il va aussi falloir lutter et créer quotidiennement hors des recommandations intéressées des A.R.S. et poursuivre le difficile travail d'unité avec les soignants, leurs syndicats, en excluant toute volonté de direction, en respectant les diversités d'analyses et de rôles. Ce partenariat est principal. Il met en place les meilleures conditions de progrès.

Une situation à bien des égards, révoltante

Notre psychiatrie part en lambeaux et les malades voient leur pathologie s'aggraver par la solitude imposée. Ils déambulent dans nos villes, errent sans domicile, en proie aux pires angoisses ou jetés en prison et précipitent leur famille dans le désarroi en l'absence de moyens financiers nécessaires aux organismes extra-hospitaliers et souvent associatifs, appartenant au secteur médico-légal. Car le remboursement de la dette publique se fait au détriment des plus fragiles, des plus pauvres et malades. La médecine du travail est sous la botte du patronat⁽⁴⁴⁾, qui n'hésite pas à attaquer en diffamation ceux qui dénoncent sa responsabilité dans la souffrance au travail, après avoir acheté leur silence ou leur complicité dans l'utilisation de l'amiante⁽⁴⁵⁾,⁽⁴⁶⁾. C'est aussi la décrépitude de la Médecine scolaire et de la Protection maternelle et infantile (P.M.I.) souvent décriées par la médecine libérale.

Il y a donc beaucoup à faire en termes de démocratie sanitaire et les instruments du pouvoir ne sont pas nécessairement les meilleurs. Beaucoup d'associations continuent à lutter hors de toute reconnaissance. Certaines maintiennent des attitudes de dénonciation discutables mais souvent liées à la défaillance inadmissible de l'accueil des handicapés ou malades (autisme). D'autres trépigment d'impatience dans l'attente d'une participation ou intégration institutionnelle, qui leur semblent nécessaire à l'efficacité de leur combat.

Quelques améliorations immédiates

Dans l'immédiat, il faut aussi se battre pour obtenir l'augmentation conséquente des représentations à tous les niveaux : Conseils de surveillance, Comité de relation avec les usagers, C.R.S.A., C.N.S.A... Et pourquoi pas changer de nom, devenir des « Associations citoyennes

⁴⁴ Collectif des Médecins du Travail de Bourg-en-Bresse : « *La santé au travail en France* », 2010, Ed. L'Harmattan.

⁴⁵ Idem, Rapport 2013 de Santé au travail.

⁴⁶ Rapport de Jean Le Garrec, 2005.

pour la défense et la promotion de la Santé » et l'on précisera l'objectif. Quelles que soient ces différences, parfois importantes, la très grande majorité des Associations lutte vraiment pour la justice, c'est-à-dire la protection des plus faibles qui n'est rien d'autre que l'aspiration à bien vivre ensemble. Inutile de clamer qu'elles sont toutes perfectibles.

La santé au chevet de la démocratie

« Dans la démocratie, moins qu'ailleurs, on ne parle pas de politique puisque la question y est supposée résolue » nous dit Jean-Claude MILNER⁽⁴⁷⁾ et d'insister, « on s'imagine que le droit suffit à faire que parfois le faible soit protégé. À mes yeux, la question n'est jamais résolue »⁽⁴⁸⁾.

Si nos représentants, les représentants du peuple, tant législateurs (les parlementaires) que membres du Gouvernement (exécutif, selon la définition singulière de la V^e République), et élus des collectivités territoriales, sont vraiment à son service, le peuple le reconnaîtra. Il a justement un peu de mal à le percevoir et pas seulement par ingratitude, courte vue ou faiblesse de conscience de l'intérêt général que posséderaient par contre ses représentants élus. C'est bien sans doute parce que l'État ne lui semble pas, et souvent à juste titre, ni protecteur, ni vraiment à son service. Or chacun à sa place perçoit plus ou moins clairement comment ses besoins, ses aspirations personnelles sont indissociablement liées au bien de tous. Et s'il y a un bien commun à tous, c'est justement la santé qui permet le bien vivre. Alors le surgissement d'une forte volonté de promotion de ce bien n'est-ce pas l'ébauche, la matrice de ce qui pourrait donner le goût de toutes les formes de démocratie aptes à remplacer notre vieux mode de production générant les inégalités, les formes les plus dangereuses de la concurrence fort éloignées de la fraternité républicaine et par là même de la liberté, et menaçant par son cannibalisme invétéré l'avenir même de notre terre nourricière, mère planète, « *pacha mama* ».

⁴⁷ J.C. Milner « *L'arrogance du présent* », Ed. Grasset, 2009

⁴⁸ Interview de Jean-Claude Milner, Le Monde, 5 février 2011.

Les brèves des Cahiers

L'Académie de médecine demande à ce que la lutte contre la consommation du cannabis devienne une cause nationale

Les académiciens estiment en effet que les mesures prises par les autorités sont très en deçà de ce qu'il conviendrait de faire. Jean Costentin, professeur de pharmacologie : « *Il y a 1 300 000 usagers réguliers dans notre pays, 42 % des jeunes de 17 ans l'ont expérimenté et 7 % sont devenus dépendants.* » À l'hôpital Robert-Debré (Paris), le Pr Richard Delorme, pédopsychiatre, confirme avoir observé « *une accélération de la consommation de cannabis depuis 2005-2006 à mettre en parallèle avec une baisse de la représentation de gravité de celle-ci.* ». Le Pr Jean-Pierre Olié, professeur de psychiatrie (Paris-Descartes) : « *Les progrès de la connaissance ne sont absolument pas rassurants pour cette drogue encore trop souvent perçue comme récréative.* » Les raisons de se méfier du cannabis et de ses dérivés, les cannabinoïdes de synthèse, sont en effet nombreuses. « *De toutes les drogues, le THC (principe actif du cannabis) est la seule à se stocker durablement dans l'organisme, en particulier dans le cerveau,* explique le Pr Costentin, *et les consommateurs réguliers se retrouvent en permanence sous l'influence du cannabis.* » En outre, le THC stocké dans le cerveau se libérant pendant plusieurs jours, les récepteurs CB1 (au cannabis) se trouvent stimulés en permanence et leur sensibilité se réduit. Une diminution d'effet qui incite le consommateur à augmenter les doses. « *Or un joint, c'est une semaine dans la tête. Plusieurs joints, c'est des semaines, voire des mois dans le cerveau et les masses adipeuses.* » Voilà pourquoi les endocannabinoïdes, équivalents en moins puissant du THC, qui sont fabriqués naturellement par l'organisme deviennent inactifs. Ils ne sont pas de taille à rivaliser avec le cannabis. Produits de synthèse Comme si cela ne suffisait pas, le cannabis est aujourd'hui plus puissant qu'hier. « *Les produits disponibles sont quatre fois plus concentrés en THC qu'il y a vingt ans* », explique le Pr Jean-Pierre Goullé, professeur de toxicologie. Plus inquiétant encore, l'arrivée de nouveaux produits prisés des jeunes. Des drogues conçues pour procurer des sensations toujours plus fortes avec une action centrale extrêmement puissante. Signe de cette inventivité des fabricants de drogues, dans une enquête menée auprès de 3 807 étudiants français, à paraître dans la revue *Molecular Psychiatry* d'avril, 44 % déclarent avoir déjà consommé du cannabis, et un sur cinq avoir expérimenté des symptômes de psychose à cette occasion. « *Le THC induit des troubles de l'attention, de la mémoire et des fonctions exécutives* », souligne le Dr Alain Dervaux, du service d'addictologie de l'hôpital Sainte-Anne.

RSA : +7,2% de bénéficiaires

Au 31 décembre 2013, les Caf versaient le RSA à près de 2,3 millions de foyers (2,07 millions en France métropolitaine et 229 000 dans les Dom), soit une augmentation de 7,2 % par rapport à 2012. Entre septembre et décembre 2013, le nombre de personnes percevant le RSA socle passe de près de 1,74 million à 1,76 million, soit une progression d'environ 1 %, comparable à celle observée lors du trimestre précédent. Fin 2013, les bénéficiaires du RSA activité seul sont 504 000 (476 000 en France métropolitaine et 28 000 dans les Dom) avec une progression dynamique au dernier trimestre (+ 9 000), contrairement aux deux années précédentes. Le chômage progresse, on le sait. Et le renoncement aux soins avec ! En 2013, plus de 10 millions de personnes en France ont renoncé à des soins de santé. 2,5 millions étaient privées de mutuelle, renonçant de ce fait deux fois plus souvent aux soins que les autres.

Les notes de lecture

Note de lecture par Jacques Bénézit, membre du Comité de rédaction :

Démocratie sanitaire, les nouveaux défis de la politique de santé

Didier Tabuteau, éditions Odile Jacob, 290 pages

Dans cette période de crise l'auteur ne dissimule pas sa crainte « *que les échéances à venir soient mortifères pour un système de santé ayant pour objectif l'égal accès aux soins et à la prévention* ». S'en sortir, nécessiterait de renforcer les solidarités et accepter de redéfinir les ambitions collectives. Didier Tabuteau est connu. Ancien directeur de cabinet au ministère de la santé publique il a commis pas moins d'une quinzaine d'ouvrages autour de la question de la santé publique. Dans sa dernière livraison il dessine pour le lecteur les contours d'une indispensable réforme du système de santé et de la démocratie sanitaire. Un livre bien documenté au risque parfois d'égarer le lecteur dans les méandres des statistiques.

Depuis une trentaine d'années, la succession de drames et de crises sanitaires remet en question le paradigme de la médecine curative pour valoriser la prévention et une prise en charge coordonnée des patients. Mais cette démarche se heurte aux « *murs du cabinet médical, aux habitudes d'une prescription prolixe et aux frontières entre la sphère médicale et les institutions sociales* » constate-t-il. À l'origine, un retard socioculturel qui n'épargne pas la population chez qui l'idée de prévention demeure marginale face aux poids des habitudes du recours aux soins et à la thérapie. Comment modifier une telle situation et faire la part des choses de ce qui relève d'un rejet d'une partie de la population et de ce qui relève de la pression des lobbys? Dès lors, peut-on « *tout réglementer pour réduire les risques sanitaires?* » sans craindre de porter atteinte aux libertés individuelles s'interroge l'auteur.

Aujourd'hui, démarche coercitive et approche incitative semblent désormais laisser place au débat entre partisans de la responsabilisation des personnes (par l'information et l'éducation) et ceux qui préfèrent influencer directement sur les comportements. En toile de fond de ce débat sur la liberté et la sécurité des patients c'est l'angoisse du risque et sa gestion qui se trouve posée par la population et par les pouvoirs publics. Le principe de précaution est de plus en plus souvent convoqué comme le remède et son absence devient condamnable. La voix des experts est désormais prépondérante sur celle des populations. « *Mais attention!* » réagit l'auteur, « *la technocratie nous guette* ».

C'est à partir de 2009 que le système de santé subit des « *transformations sourdes* » avec la réforme HSTP et la

création des ARS. « *Il n'y a pas eu décentralisation mais territorialisation de l'action de l'État et affirmation de ses prérogatives* » précise l'ouvrage. En fait le leadership étatique s'étale au grand jour. Surnommé « le préfet sanitaire » le directeur d'ARS prend désormais l'ascendant au niveau régional sur l'ensemble des structures du système de santé et d'assurance-maladie. Peut-il y avoir incohérence entre la construction régionale d'une politique de santé menée par l'ARS et les programmes organisés par les politiques nationales comme semble l'envisager l'auteur? À voir! Sur ce point, les stratégies du capital financier auraient mérité d'être signalées.

Pour l'ancien directeur de cabinet, dans un contexte d'aggravation des inégalités régionales des offres de soins et d'apparition de « déserts médicaux », il faut procéder au rééquilibrage de la politique de santé. Et d'abord en ciblant les départements les plus dépensiers; là où « *les comportements de recours aux soins (sont) marqués par des habitudes locales que les exigences de la médecine ne peuvent justifier* » (p. 121). Selon ce principe chaque région doit consentir « à une maîtrise de ses dépenses de santé »; c'est la clé du consensus national et la condition d'une équité territoriale. Aux élus des conseils régionaux, en accord avec les ARS, de fixer le curseur, mais plus l'effort consenti sera important et plus grandes seront les aides. Une nouvelle version du donnant-donnant!

Pourquoi rationaliser les dépenses de santé?

L'auteur tente de nous éclairer: le système de concurrence dans les domaines de la santé apparaît comme le grain de sable qui bloque le rouage de la solidarité. Le « marché » est incapable d'établir des prix « rationnels » au regard de la qualité des soins et de la pertinence des prestations. Ainsi la préférence du « bon » médecin parce que ses tarifs sont élevés ou de l'hôpital « luxueux » considéré plus performant... d'autre part, la dissolution du service public hospitalier et la mise en place de la T2A, le déremboursement des soins, l'apparition des assurances privées... conduisent inévitablement aux dérèglementations.

Le caractère « *universel, obligatoire et solidaire* » de l'assurance-maladie est à la croisée des chemins écrit l'auteur: « *La poursuite de la dérive tarifaire condamne à terme l'assurance-maladie solidaire.* » Maîtriser les coûts est un chemin difficile que les assurés sociaux, les praticiens et les hôpitaux publics n'empruntent pas avec enthousiasme.

Avec l'évolution de nos sociétés (due au développement des capacités humaines) le désir de bien se porter et de bien se soigner devient décisif; dans ces conditions, rétablir le principe de confiance devient primordial au

sein du système de santé. Dès lors un impératif s'impose : mener une bataille idéologique pour gagner les partenaires à combattre les « a priori » et à accepter de « remettre en question des traditions et des dogmes hérités de l'histoire mais devenus incompatibles avec les exigences et les perspectives de la médecine moderne et d'un État providence renouvelé. » Avec la proposition d'un pacte « Pour un nouveau contrat sanitaire » l'auteur entend centrer l'effort de conviction autour de trois thèmes. L'objectif étant de doter le système de santé de stabilisateurs qui lui font actuellement défaut. De façon moins conventionnelle l'auteur précise quelques lignes plus loin ce qu'il envisage : assurer l'équilibre entre le gain de productivité engrangé par les progrès (techniques, médicaux et sociaux) et les prestations offertes à un coût « soutenable » et de « manière égalitaire. »

Quelles sont les pistes proposées ? D'abord D. Tabuteau entend miser sur la promotion de la santé par éducation des enfants, la prévention et l'hygiène... En second point il souhaite porter l'effort pour « rationaliser médicalement et économiquement la prise en charge ». Il propose quelques pistes concernant les restructurations hospitalières et « l'amélioration » de la T2A, l'orientation efficace des patients dans leur parcours de soins, une évaluation des stratégies thérapeutiques et des pratiques professionnelles, l'accélération de la mise en œuvre des règles de tarification entre le forfait et le paiement à l'acte pour la médecine de ville, l'extension des tarifs opposables pour les produits pharmaceutiques pour des remboursements satisfaisants... Le troisième axe envisage d'assurer l'égalité de protection de tous en modifiant le cadre institutionnel. Pour ce faire le lecteur est averti : il faudra du courage. La démocratie sanitaire et la démocratie sociale sont bien sûr nécessaires mais cependant il ne faudra pas se tromper ; c'est d'abord le politique qui a la légitimité ! Chaque génération aura à assumer ses dépenses et une augmentation automatique de CSG devra garantir l'équilibre financier de l'assurance maladie. La réorganisation de celle-ci est également au programme. Ce New Deal que le pacte nous propose conduirait vers le regroupement de l'ensemble des financeurs de la santé (mutuelles et assurances complémentaires). « Sans doute des voix s'élèveraient-elles pour dénoncer le remplacement des cotisations... » s'inquiète l'auteur qui précise aussitôt « mais la solidarité justifie parfois de ne pas céder aux paniques sémantiques ».

On comprend pourquoi D. Tabuteau se désole au début de l'ouvrage de ce « manque d'appétence du monde politique pour la santé ». Les difficultés économiques de l'assurance-maladie, les enjeux bioéthiques des évolutions de la médecine, les inégalités croissantes d'accès aux soins appellent certes une révision profonde de l'organisation et de la gestion du système de santé. Mais mener cette

réforme en considérant les dépenses de santé comme un coût qu'il faut nécessairement réduire peut-être à haut risque pour une carrière politique.

Au fil de la lecture on peut être convaincu par l'argumentation développée, on peut également ne pas y adhérer. Pour autant cet ouvrage apporte un éclairage singulier au débat qui se développe. Une double interrogation toutefois : le système de santé publique peut-il durablement répondre aux besoins des populations sans une profonde remise en cause de la logique financière qui prévaut aujourd'hui et sans la prise en compte de l'avis de tous les intéressés (personnels de santé et usagers compris) ?

Note de lecture par Eric Toussaint :

Que faire de ce que nous apprend Thomas Piketty sur « Le capital au XXI^e siècle » ?

NDLR : Éric Toussaint, historien et docteur en sciences politiques, est président du CADTM Belgique (Comité pour l'annulation de la dette du tiers-monde, www.cadtm.org) et est membre du conseil scientifique d'ATTAC France. Il est l'auteur de Procès d'un homme exemplaire, Éditions Al Dante, Marseille, 2013. Il a écrit, avec Damien Millet, AAA. Audit Annulation Autre politique, Seuil, Paris, 2012.

Le livre « Le capital au XXI^e siècle » est indispensable pour celles et ceux qui veulent en savoir plus sur la répartition inégale de la richesse au sein de la société. En lisant cette somme (950 pages, auxquelles s'ajoute une grande quantité de données statistiques et de tableaux accessibles via internet), une première conclusion vient à l'esprit : le mouvement Occupy Wall Street a bien raison de cibler le 1 % le plus riche.

En effet, en France, en 2013, le 1 % le plus riche détient 25 % du patrimoine total du pays. Au Royaume-Uni (R.U.), il détient 30 %. En Suède, 20 %. Aux E.U., 32 %. Si on inclut la part dissimulée de la richesse dans les paradis fiscaux ou sous d'autres formes, le pourcentage augmenterait d'au moins 2 ou 3 points. Pour faire simple, le 1 % de la population, c'est grosso modo la classe capitaliste.

Si on élargit l'étude aux 10 % les plus riches, on atteint les pourcentages suivants : en France, les 10 % plus riches détiennent 60 % du patrimoine ; au R.U., 70 % ; en Suède, 60 % ; aux E.U., 70 %. Le mouvement populaire devrait avancer des revendications précises en matière de mesures à prendre à l'égard du 1 % le plus riche et des 9 % qui le suivent. Cela montre qu'un gouvernement

de gauche pourrait trouver des ressources en très grande quantité pour, à la fois, mener une politique d'amélioration des conditions de vie de la majorité de la population et réaliser de profonds changements structurels de manière à amorcer la sortie du capitalisme productiviste et lancer la transition écologique.

Thomas Piketty résume dans un tableau saisissant les parts de richesse détenues par les 10 % les plus riches, les 40 % qui suivent et les 50 % d'en bas.

Tableau 1. L'inégalité de la propriété du capital

Part des différents groupes dans le total du patrimoine	Europe 2010	États-Unis 2010
Les 10 % les plus riches	60,00 %	70,00 %
dont les 1 % les plus riches	25,00 %	35,00 %
dont les 9 % suivants	35,00 %	35,00 %
Les 40 % du milieu	35,00 %	25,00 %
Les 50 % les plus pauvres	5,00 %	5,00 %

La moitié de la population des pays du Nord ne détient en tout et pour tout que 5 % du patrimoine, c'est évidemment une raison impérieuse pour dire que lorsque la gauche revendique de taxer le patrimoine, cela ne vise absolument pas les 50 % d'en bas. Quant aux 40 % du milieu, pour reprendre l'expression de Thomas Piketty, ils détiennent 35 % du patrimoine total en Europe occidentale continentale et 25 % aux États-Unis et au R-U, ils sont constitués principalement de salariés, et en minorité de travailleurs indépendants. Ils pourraient être également exemptés de l'impôt sur le patrimoine, en tout cas par exemple pour les trois-quarts d'entre eux.

Une idée des patrimoines en fonction des différents groupes

D'après Thomas Piketty, dans plusieurs pays d'Europe, les 50 % d'en bas ont en moyenne un patrimoine de 20 000 euros mais, attention, une grande partie des ménages en question n'a aucun patrimoine ou a des dettes. Les 40 % du milieu, pour reprendre l'expression de Piketty, ont 175 000 euros de patrimoine moyen. Les 9 % au-dessus disposent de 800 000 euros et le 1 % supérieur de 5 millions d'euros.

De l'inégalité de la répartition du patrimoine privé dans l'Union européenne à sa nécessaire redistribution

Prenons l'Union européenne dont le produit intérieur brut s'élevait en 2013 à environ 14 700 milliards d'euros. Le total du patrimoine privé des ménages européens s'élève à environ 70 000 milliards d'euros. Le 1 % le plus riche détient à lui seul grosso modo 17 500 milliards d'euros. Les 9 % qui suivent détiennent 24 500 milliards d'euros (35 %). Les 40 % du milieu détiennent 24 500 milliards

d'euros (35 %). Les 50 % restant détiennent 3 500 milliards d'euros (5 %).

Un impôt exceptionnel de 33 % sur le patrimoine du 1 % le plus riche dans l'UE fournirait près de 6 000 milliards euros (c'est-à-dire plus de 40 fois le budget annuel de l'UE !). Que dire d'un taux confiscatoire de 80 % ? Nombreux sont les économistes qui répètent sans cesse qu'il ne sert à rien de taxer les plus riches car ils sont tellement peu nombreux que le rendement ne peut pas être vraiment important. Ce que Thomas Piketty démontre, c'est que le 1 % a concentré au cours du temps une telle quantité de biens immobiliers et mobiliers qu'une politique ciblée sur le 1 % le plus riche ou sur les 2,5 % les plus riches (voire les 10 % les plus riches) peut fournir une très grande marge de manœuvre pour réaliser la rupture avec le néolibéralisme.

L'inégalité de la répartition du patrimoine privé au niveau planétaire

Ce qui vient d'être dit pour l'Union européenne peut être étendu au reste du monde car du Nord au Sud de la planète, on a assisté à une augmentation impressionnante du patrimoine des plus riches. On pourrait aussi s'intéresser à une minorité encore plus infime. Le 1 vingt-millionième le plus riche de la population adulte au niveau planétaire en 1987 était constitué de 150 personnes, chacune ayant en moyenne un patrimoine de 1,5 milliard de dollars. Vingt-six ans plus tard, en 2013, le vingt-millionième le plus riche comptait 225 personnes dont chacune avait en moyenne 15 milliards de dollars, soit une progression de 6,4 % par an. Le 0,1 % (1 millième de la population mondiale) le plus riche au niveau mondial détient 20 % du patrimoine mondial, le 1 % détient 50 %. Thomas Piketty constate que le rythme de croissance du patrimoine du millième le plus riche de la planète a progressé au rythme de 6 % par an au cours des dernières décennies alors que l'ensemble du patrimoine progressait au rythme de 2 %. Si un tournant radical n'est pas pris, toutes choses restant égales par ailleurs, au bout de 30 ans, le 0,1 % (le millième le plus riche) possédera 60 % du patrimoine mondial au lieu de 20 % en 2013 !

Du côté des revenus, la répartition est aussi extrêmement inégale

Thomas Piketty se penche également sur les revenus du travail et montre que les 10 % les plus riches accaparent 25 % des revenus du travail en Europe et 35 % aux États-Unis.

Tableau 2. L'inégalité totale des revenus du travail

Part des différents groupes dans le total des revenus du travail	Europe 2010	États-Unis 2010
Les 10 % les plus riches	25,00 %	35,00 %
dont : les 1 % les plus riches	7,00 %	12,00 %
dont : les 9 % suivants	18,00 %	23,00 %
Les 40 % du milieu	45,00 %	40,00 %
Les 50 % les plus pauvres	30,00 %	25,00 %

Si l'on additionne les revenus du travail et les autres formes de revenus (loyers, intérêts perçus sur l'épargne, profits des entreprises, dividendes), la répartition est encore plus inégale, comme le montre le tableau 3.

Tableau 3. L'inégalité totale des différents revenus

Part des différents groupes dans le total des revenus	Europe 2010	États-Unis 2010
Les 10 % les plus riches	35,00 %	50,00 %
dont : les 1 % les plus riches	10,00 %	20,00 %
dont : les 9 % suivants	25,00 %	30,00 %
Les 40 % du milieu	40,00 %	30,00 %
Les 50 % les plus pauvres	25,00 %	20,00 %

L'évolution des bas et des hauts salaires au cours depuis les années 1960

Limitons-nous à souligner l'évolution depuis 1968 en France. La grève générale de mai 1968 en France et les accords de Grenelle qui ont suivi ont débouché sur une forte augmentation du salaire minimum pendant 15 ans : « *C'est ainsi que le pouvoir d'achat du salaire minimum progresse au total de plus de 130 % entre 1968 et 1983, alors que dans le même temps le salaire moyen ne progresse que d'environ 50 %, d'où une très forte compression des inégalités salariales. La rupture avec la période précédente est franche et massive : le pouvoir d'achat du salaire minimum avait progressé d'à peine 25 % entre 1950 et 1968* ».

Le tournant a lieu en 1982-1983 lorsque le gouvernement de François Mitterrand prend un virage droitier. Les plus hauts salaires, ceux du 1 %, augmentent de 30 % entre la fin des années 1990 et 2010, ceux du 0,1 % augmentent de 50 % dans un contexte de stagnation des salaires. Aux États-Unis, au niveau de l'ensemble des revenus (salaires, loyers, profits, dividendes), on constate que de 1977 à 2007, les 10 % les plus riches se sont approprié les trois-quarts de l'augmentation du revenu national ; le 1 % en a absorbé 60 %. Pour les 90 % restants, la croissance a été de 0,5 % par an.

Part du 1 % le plus riche dans le revenu national en 2010 : États-Unis environ 20 %, Canada et R.U. 14-15 %, Allemagne 11 %, Australie 9-10 %, Japon + France + Espagne + Italie 9 %, Suède + Danemark 7 %.

Part du millième supérieur (0,1 %) dans le revenu national : dans les années 1970, E-U 2 %, France et Japon 1,5 % ; en 2010, E-U 10 % (12 % si on compte les plus-values sur actions), France et Japon 2,5 %.

Prenons quelques pays dits émergents pour lesquels Thomas Piketty a pu rassembler des données fiables. Part du 1 % le plus riche dans le revenu : Chine 4-5 % en 1980 et 10-11 % en 2010, Inde 4 % en 1980 et 12 % en 2010, Argentine 10 % en 1970 et 18 % en 2010, Colombie 18 % en 2000 et 20 % en 2010. L'intérêt de ces données, outre qu'elles concernent un aspect central dans la description des inégalités, est qu'on peut ainsi démontrer que l'évolution des revenus est tout à fait liée aux luttes sociales et aux politiques des gouvernements en place. Une raison de plus pour se dire que l'action collective est l'élément clé qui permet de conquérir des améliorations de salaire, en particulier de ceux d'en bas, et une réduction des inégalités.

L'évolution des taux d'imposition est également liée aux luttes sociales

En France, alors qu'en 1914, le taux d'impôt le plus élevé sur les tranches supérieures de revenu n'est que de 2 %, on passe à 50 % en 1920, 60 % en 1924 et même 72 % en 1925. En 1920, la décision d'augmentation subite et très forte a été prise par une Assemblée nationale à composition majoritairement de droite qui a eu peur de la grève générale et de la radicalisation qui auraient pu découler du refus de faire quelques concessions. En Allemagne, on passe de 3 % (1891-1914) à 40 % en 1919-1920 en pleine crise révolutionnaire. Aux USA, on passe de 8 % avant la guerre 14-18 à 77 % après la guerre.

On assiste à la même évolution à propos du taux d'imposition des héritages. Le législateur impose des taux très élevés sous la pression populaire. Cela commence juste après 14-18 et progresse suite à la crise des années 1930. Alors que le taux le plus élevé n'atteignait que 6,5 % en France avant la guerre (en pratique, cela se réduisait à 1 %), il passe à 30 %.

Revenons au taux supérieur d'imposition sur le revenu. À la veille de la crise d'octobre 1929, le taux supérieur est ramené à 25 % par le Président Hoover. En 1933, Roosevelt le fait passer à 63 % dès la première année de sa présidence, puis à 79 % en 1937 (dépassant ainsi les 70 % appliqués à partir de 1919) puis à 88 % en 1942 et enfin à 94 % en 1944. Le taux supérieur se maintient à 90 % jusqu'au milieu des années 1960. Le taux passe progressivement à 70 % jusqu'au début des années 1980. R. Reagan le ramène alors à 60 %. Fin des années 1980, il baisse à 40 % puis sous G.W. Bush à 35 %. Sur la période 1932-1980, le taux supérieur est en moyenne de 81 % (auxquels s'ajoutent 5 à 10 % prélevés au niveau des

États). La France et l'Allemagne appliquent, des années 1940 aux années 1980, des taux supérieurs à 50 et 70 %.

Conclusion de Piketty après avoir passé en revue l'évolution des impôts sur les revenus les plus élevés : il faut un taux supérieur très élevé, plus de 80 % (82 % exactement !) appliqué au-dessus de 500 000 \$ ou 1 million ; 50 ou 60 % sur les revenus au-dessus de 200 000 dollars. Piketty reconnaît que, dans le contexte actuel, ce ne sera pas facile à obtenir. Aux États-Unis, le Congrès est largement favorable au 1 %. Et pour cause, d'après une estimation sérieuse, le patrimoine moyen des membres du Congrès des États-Unis s'élève à 15 millions de dollars en 2012.

Là encore, les résultats des recherches de Piketty montrent qu'il faut combiner deux actions décisives :

1. Une vaste campagne d'information et de formation pour divulguer au maximum les enseignements de l'histoire du XX^e siècle sur les politiques en matière d'impôts qui ont été directement influencées sous la pression de la mobilisation populaire ;
2. Passer à la mobilisation dans le cadre d'une plateforme rassemblant une série d'objectifs prioritaires.

Piketty et la dette publique

Thomas Piketty consacre une dizaine de pages fort intéressantes à la question de la dette publique au cours des deux derniers siècles. Il affirme à juste titre qu'en matière de dette publique l'étude du passé est utile pour comprendre et affronter les défis de l'actuelle crise actuelle. Entre la fin du XVIII^e s. et le début du XIX^e s. la France et le Royaume-Uni ont adopté des politiques tout à fait différentes en matière de dette publique. Alors que dans les années 1760-1770 la dette publique atteignait près de 100 % du revenu national dans les deux pays, quarante à cinquante ans plus tard, la situation avait complètement changé : la dette publique de la France s'élevait à seulement 20 % du revenu national en 1815 tandis que la dette britannique avait explosé et représentait 200 % du revenu national.

Comment en est-on arrivé là ? En France, le poids du remboursement de la dette publique et le refus du peuple d'être le seul à payer ont joué un rôle central dans l'explosion révolutionnaire de 1789. Les mesures au cours de la Révolution ont réduit radicalement le poids de la dette publique. Piketty résume de la manière suivante l'enchaînement : « *L'incapacité de la monarchie française à moderniser ses impôts et à mettre fin aux privilèges fiscaux de la noblesse est bien connue, de même que l'issue révolutionnaire finale, avec la convocation en 1789 des États généraux, qui débouche sur la mise en place d'un nouveau système fiscal dès 1790-1791 (avec notamment une taxe foncière mettant*

à contribution l'ensemble des propriétaires terriens et des droits de succession frappant l'ensemble des patrimoines) et sur la 'banqueroute des deux tiers' en 1797 (qui est en réalité un défaut encore plus massif, compte tenu de l'épisode des assignats et de l'inflation qui en a découlé), qui permet de solder les comptes de l'Ancien Régime. C'est ainsi que la dette publique française se retrouve réduite subitement à des niveaux extrêmement faibles au début du XIX^e siècle. »

La trajectoire britannique est totalement différente. Afin d'affronter par la guerre la déclaration d'indépendance des 13 colonies britanniques d'Amérique du Nord, et « *surtout les multiples guerres avec la France pendant la période révolutionnaire et napoléonienne, la monarchie britannique choisit d'emprunter sans limite. La dette publique passe ainsi d'environ 100 % du revenu national au début des années 1770 à près de 200 % dans les années 1810.* » Piketty explique qu'il a fallu au Royaume-Uni un siècle de rigueur et de budgets en excédent pour réduire progressivement son endettement à moins de 30 % du revenu national au début des années 1910.

Quelles leçons peut-on tirer de l'expérience britannique ? Tout d'abord, il ne fait aucun doute, selon Piketty, que l'importante dette publique a renforcé le poids des patrimoines privés dans la société britannique. Th. Piketty poursuit : « *ce très fort endettement public a globalement assez bien servi les intérêts des prêteurs et de leurs descendants – tout du moins par comparaison à une situation où la monarchie britannique aurait financé ses dépenses en leur faisant payer des impôts. Du point de vue de ceux qui en ont les moyens, il est évidemment beaucoup plus intéressant de prêter une somme donnée à l'État (puis de recevoir des intérêts pendant des décennies) que de la payer sous forme d'impôts* ». Il ajoute que le recours massif de l'État aux emprunts publics a permis aux banquiers d'augmenter les taux d'intérêt.

Piketty ajoute : « *La rente sur l'État est un placement très sûr pendant tout le XIX^e siècle français, et contribue à renforcer l'importance et la prospérité des patrimoines privés, de la même façon qu'au Royaume-Uni.* » Il conclut que la politique d'endettement public menée au XIX^e siècle en France et au Royaume-Uni « *permet de comprendre pourquoi les socialistes du XIX^e siècle, à commencer par Karl Marx, étaient très méfiants vis-à-vis de la dette publique, qu'ils percevaient – non sans une certaine clairvoyance – comme un instrument au service de l'accumulation du capital privé.* » Piketty explique qu'on a assisté en France à un changement important au cours du XX^e siècle en matière de gestion de la dette publique. Les pouvoirs publics ont profité de l'inflation puis l'ont utilisée pour réduire la valeur réelle de la dette. « *La conséquence pour l'État est qu'en dépit d'une forte dette publique initiale (près de 80 % du revenu national en 1913) et de déficits très élevés au cours*

de la période 1913-1950, en particulier pendant les années de guerre, la dette publique française se retrouve en 1950 à un niveau relativement bas (environ 30 % du revenu national), de la même façon qu'en 1815. En particulier, les énormes déficits de la Libération ont été presque immédiatement annulés par une inflation supérieure à 50 % par an pendant quatre années consécutives, de 1945 à 1948, dans une atmosphère politique survoltée. »

Sur la base de cette expérience, s'est développée, dans la deuxième moitié du XX^e siècle, une vision bien différente de celle de Marx et des socialistes du XIX^e siècle, fondée sur la conviction que l'endettement peut être un instrument au service d'une politique de dépenses publiques et de redistribution sociale en faveur des plus modestes. La différence entre les deux visions est assez simple : au XIX^e siècle, la dette se repayait au prix fort, ce qui était dans l'avantage des prêteurs et ouvrait au renforcement des patrimoines privés ; au XX^e siècle, la dette a été noyée dans l'inflation et repayée en monnaie de singe, et a de facto permis de faire financer les déficits par ceux qui avaient prêté leur patrimoine à l'État, sans avoir à augmenter les impôts d'autant. Th. Piketty a pleinement raison d'insister sur les dangers d'une vision unilatéralement positive de la dette publique.

Quelles propositions ?

Venons-en maintenant aux propositions de Piketty. D'emblée il précise : « *Que l'on me comprenne bien : je n'ai aucun goût particulier pour la dette publique, dont j'ai noté à plusieurs reprises qu'elle aboutissait souvent à favoriser des redistributions à l'envers, des plus modestes vers ceux qui ont les moyens de prêter à l'État* ». On ne peut qu'être d'accord avec lui. Il ajoute que le « *capital national est extrêmement mal réparti, avec une richesse privée s'appuyant sur la pauvreté publique, et avec notamment pour conséquence que nous dépensons actuellement bien davantage en intérêt de la dette que nous n'investissons par exemple dans notre enseignement supérieur. C'est d'ailleurs une réalité assez ancienne : compte tenu de la croissance relativement lente en vigueur depuis les années 1970-1980, nous sommes dans une période historique où la dette coûte globalement très cher aux finances publiques. Voici la raison centrale pour laquelle il faut réduire au plus vite cette dette (...)* ».

Pour réduire la dette publique, Th. Piketty envisage deux solutions qu'il rejette et il en propose une troisième. La première solution est de privatiser les actifs publics afin de rembourser la dette. La deuxième solution consiste à annuler la dette. La troisième qu'il prône, c'est le prélèvement d'un impôt exceptionnel progressif « *de façon à épargner les patrimoines les plus modestes et à demander davantage aux patrimoines les plus élevés* ».

Nous n'allons pas nous étendre ici sur la première solution tant il est évident qu'il faut la combattre. Nous savons qu'elle est mise en pratique par les gouvernements actuels qui prolongent la vague de privatisations entamées dans les années 1980-1990. Concernant la deuxième solution, l'annulation de la dette que Piketty refuse, il est évident qu'il pose mal le problème car il n'envisage pas les différents scénarios d'annulation de dette. Il ne mentionne explicitement que la formule appliquée à la dette grecque en mars 2012 via une opération dite de *haircut* alors que d'autres propositions existent.

Il a raison de refuser le type d'annulation partielle de dettes conçue par la Troïka (Commission européenne, BCE et FMI) pour la Grèce. Cette annulation a été conditionnée par des mesures qui constituent des violations des droits économiques, sociaux, politiques et civils du peuple grec, et qui ont enfoncé encore un peu plus la Grèce dans une spirale descendante. Il s'agissait d'une opération visant à permettre aux banques privées étrangères (principalement françaises et allemandes) de se dégager en limitant leurs pertes, aux banques privées grecques d'être recapitalisées aux frais du Trésor public, et à la Troïka de renforcer durablement son emprise sur la Grèce. Alors que la dette publique grecque représentait 130 % du PIB en 2009, et 157 % en 2012 après l'annulation partielle de la dette, elle a atteint un nouveau sommet en 2013 à 175 % ! Le taux de chômage qui était de 12,6 % en 2010 s'élève à 27 % en 2013 (50 % chez les moins de 25 ans).

En revanche, il a tort de ne pas envisager sérieusement une annulation ou une suspension du paiement de la dette décidée par le pays débiteur, à ses conditions et sous contrôle des citoyens du pays. C'est ce qu'ont fait dans des contextes différents l'Équateur en 2008-2009 et l'Islande à partir de 2008. L'Équateur, sur la base d'un audit décidé par les autorités du pays et réalisé avec participation citoyenne active en 2007-2008 a suspendu unilatéralement le paiement d'une partie de sa dette, celle due sous forme de titres venant à échéance en 2012 et en 2030 possédés principalement par des banques étrangères. Le résultat a été positif : l'Équateur a racheté 91 % des titres en question à moins de 35 % de leur valeur. L'Islande, de son côté, a refusé unilatéralement à partir de fin 2008 d'assumer les dettes de ses banques privées en faillite à l'égard de l'étranger. Cela s'est fait dans un climat de fortes mobilisations citoyennes qui ont mis sous pression le gouvernement islandais afin qu'il refuse de céder face aux exigences des créanciers étrangers, en particulier le Royaume-Uni et les Pays-Bas. Que s'est-il passé en Islande ? Suite à l'effondrement du système bancaire en 2008, l'Islande a refusé d'indemniser les ressortissants des Pays-Bas et du Royaume-Uni qui avaient placé des fonds

dans des filiales de banques islandaises privées qui venaient de s'effondrer, pour un total de 3,9 milliards d'euros. Les autorités britanniques et hollandaises ont alors indemnisé leurs ressortissants et ont exigé de l'Islande qu'elle les rembourse. Sous la pression populaire (manifestations, occupations de places, référendums), les autorités de Reykjavik ont refusé. Cela a eu pour conséquence l'inscription de l'Islande sur la liste des organisations terroristes, le gel des avoirs islandais au Royaume-Uni et le dépôt d'une plainte de Londres et de La Haye contre Reykjavik auprès de la Cour de l'Association européenne de libre-échange (AELE). Par ailleurs, l'Islande a bloqué totalement les sorties de capitaux du pays. Finalement elle s'en tire beaucoup mieux que d'autres pays d'Europe qui ont accepté les exigences des créanciers.

Les exemples de l'Équateur et de l'Islande constituent deux exemples récents qui doivent être étudiés sérieusement car ils démontrent qu'à côté du *haircut* à la grecque, d'autres solutions d'annulation existent. Ces deux exemples montrent que désobéir aux créanciers n'est pas une catastrophe et n'entraîne nullement l'effondrement du pays.

Revenons à la position défendue par Th. Piketty. Celui-ci est convaincu qu'une annulation n'affectera que très peu ou pas du tout les plus riches créanciers car ils parviendront « à restructurer à temps leur portefeuille » et donc « rien ne garantit que ceux qui seront effectivement mis à contribution soient ceux qui doivent l'être ». Cette affirmation n'est pas démontrée. Aucune preuve basée sur des exemples concrets ou sur des données statistiques n'est fournie par Th. Piketty. Or l'histoire montre que quand un pays laisse entendre qu'il pourrait suspendre le paiement de sa dette ou lorsqu'il le suspend effectivement, le prix des titres de sa dette s'effondre et il est très difficile aux grands détenteurs de titres de s'en défaire à bon compte. C'est ce qui s'est passé entre 2007 et 2009 en Équateur et tous ceux qui suivent de près ce qui se passe sur le marché des dettes savent qu'il est pratiquement impossible de se défaire d'un gros paquet de titres sans enregistrer des pertes importantes en cas de suspension ou d'annulation unilatérale de dettes.

Venons-en maintenant à la proposition que fait Piketty pour réduire le poids de la dette. Après avoir envisagé la possibilité d'« un impôt proportionnel de 15 % sur tous les patrimoines privés », il rejette cette proposition en précisant « cela n'aurait pas beaucoup de sens de prélever un impôt proportionnel sur tous les patrimoines privés européens ». Il soutient qu'« il vaut mieux appliquer un barème progressif, de façon à épargner les patrimoines les plus modestes et à demander davantage aux patrimoines les plus élevés ». Th. Piketty se prononce pour une réduction partielle de

la dette de l'ordre de 20 % du PIB. Pour atteindre cet objectif, il propose un impôt exceptionnel progressif : 0 % jusqu'à 1 million d'euros, 10 % entre 1 et 5 millions, et 20 % au-delà de 5 millions d'euros. Il faut aussi souligner pour le regretter que Piketty n'aborde jamais la question de la légitimité de la dette publique. On ne peut que s'étonner puisqu'il montre très bien dans l'ensemble du livre que la politique fiscale régressive favorise l'accumulation de la dette publique.

À propos de la proposition centrale de Thomas Piketty : un impôt mondial et progressif sur le capital

Piketty se prononce pour « une réactualisation adéquate du programme social démocrate et fiscal libéral du siècle dernier ». Selon lui, il faut défendre et améliorer tant l'État social que l'impôt progressif sur le revenu. Il faut aussi innover « en instaurant un impôt mondial et progressif sur le capital, accompagné d'une très grande transparence financière ». Cette « institution permettrait d'éviter une spirale inégalitaire sans fin et de réguler efficacement l'inquiétante dynamique de la concentration mondiale des patrimoines ». Piketty ne se fait pas d'illusion sur la mise en pratique rapide de sa proposition : « L'impôt mondial sur le capital est une utopie. Mais c'est une utopie utile ». Piketty précise « À mon sens, l'objectif doit être un impôt annuel et progressif prélevé sur le capital au niveau individuel, c.à.d. sur la valeur nette des actifs dont chacun a le contrôle ».

Il propose trois variantes pour cet impôt progressif sur le capital privé.

1^{re} variante : un taux de 0 % en dessous de 1 million d'euros ; 1 % entre 1 et 5 millions d'euros ; 2 % au-delà de 5 millions.

2^e variante : ajouter vers le haut, 5 % ou 10 % au-delà d'1 milliard d'euros.

3^e variante : ajouter vers le bas, 0,1 % au-dessous de 200 000 euros et 0,5 % entre 200 000 et 1 million d'euros.

Cet impôt est complémentaire à ce qui existe déjà mais il peut servir à réduire des prélèvements existants (ou à réduire la dette, note 1, p. 840). Il donnerait un complément relativement modeste aux revenus actuels des États. Cet impôt, même très faible, permettrait aux autorités de connaître le patrimoine des habitants des territoires concernés.

On ne peut que soutenir la proposition d'un impôt progressif sur le patrimoine privé ou le capital pour reprendre l'expression utilisée par Th. Piketty. Mais on ne peut pas être d'accord avec lui quand il prétend qu'il faut donner la priorité absolue à cet objectif. Il faut un véritable programme de mesures complémentaires. L'impôt progressif sur le capital, ainsi que l'annulation de la

dette illégitime et la réduction radicale de la partie de la dette publique qui n'a pas été identifiée comme illégitime, doivent faire partie d'un vaste programme dont la réalisation permettra d'enclencher une transition vers un modèle post-capitaliste et post-productiviste. Un tel programme, qui devrait avoir une dimension mondiale et européenne tout en commençant à être mis en pratique dans un ou plusieurs pays, comprendrait notamment l'abandon des politiques d'austérité, la réduction généralisée du temps de travail avec embauches compensatoires et maintien du salaire, la socialisation du secteur bancaire, une réforme fiscale d'ensemble, des mesures pour assurer l'égalité hommes-femmes et la mise en place d'une politique déterminée de transition écologique.

Par ailleurs, comme l'affirme le texte « *Annuler la dette ou taxer le capital : pourquoi choisir ?* ». La critique essentielle qu'on peut faire à Thomas Piketty est qu'il pense que sa solution peut fonctionner en demeurant dans le cadre du système actuel. Il propose un impôt progressif sur le capital pour redistribuer les richesses et sauvegarder la démocratie, mais n'interroge pas les conditions dans lesquelles ces richesses sont produites et les conséquences qui en résultent. Nous ne pouvons pas nous contenter d'un partage plus équitable des richesses, si celles-ci sont produites par un système prédateur qui ne respecte ni les personnes ni les biens communs, et accélère sans trêve la destruction des écosystèmes. Le capital n'est pas un simple « *facteur de production* » qui « *joue un rôle utile* » et mérite donc « *naturellement* » un rendement de 5 %, comme le dit Piketty, c'est aussi et surtout un rapport social qui se caractérise par l'emprise des possédants sur le destin des sociétés. Le système capitaliste en tant que mode de production est à l'origine non seulement d'inégalités sociales de plus en plus insoutenables, mais de la mise en danger de notre écosystème, du pillage des biens communs, de rapports de domination et d'exploitation, d'aliénation dans la marchandise, d'une logique d'accumulation réduisant notre humanité à des femmes et des hommes incapables de sublimer, obsédés par la possession de biens matériels et oublieux de l'immatériel qui pourtant nous fonde. ».

À la fois une des caractéristiques et une des faiblesses de la démarche de Piketty, c'est qu'il ne fait pas appel à la mobilisation sociale pour obtenir une inflexion des politiques en cours. Sur la centaine de pages qu'il consacre à la fin pour présenter des propositions et réfléchir sur les solutions à apporter aux problèmes centraux, aucune n'est consacrée à l'action des citoyens organisés, aucune allusion n'est faite au mouvement des Indignés même si dans la partie qui précède les propositions, il mentionne le mouvement *Occupy Wall Street*. Faut-il s'étonner dès lors qu'il propose de créer à côté du Parlement européen un

« *parlement budgétaire de la zone euro* ». Piketty s'engage dans la voie de réformes qui ne remettent pas en question les traités et l'architecture européenne où la domination des intérêts du grand capital est gravée dans le marbre. Or un changement fondamental est indispensable, il passe par l'abrogation des traités et l'ouverture d'un processus constituant avec réalisation de cahiers de doléances par les citoyens rassemblés dans l'action.

En conclusion, le travail de Th. Piketty est d'une très grande valeur sur le plan de la collecte des données sur les inégalités au cours des deux derniers siècles, il fournit une description limpide de leur évolution. Son livre constitue un instrument très utile et alimente le débat sur les alternatives.

Précision dans la recherche et confusion dans la théorie

Autant Th. Piketty est précis dans la collecte des données et fait œuvre utile avec son analyse de la répartition inégale des patrimoines et des revenus, autant certaines de ses définitions sont nettement confuses et contestables. Prenons la définition du capital proposée par Th. Piketty : « *Dans toutes les civilisations, le capital remplit deux grandes fonctions économiques : d'une part pour se loger (c'est-à-dire pour produire des « services de logement », dont la valeur est mesurée par la valeur locative des habitations : c'est la valeur du bien-être apporté par le fait de dormir et vivre sous un toit plutôt que dehors), et d'autre part comme facteur de production pour produire d'autres biens et services...* ». Il poursuit : « *Historiquement, les premières formes d'accumulation capitaliste semblent concerner à la fois les outils (silex, etc.) et les aménagements agricoles (clôtures, irrigation, drainage, etc.), ainsi que des rudiments d'habitation (grottes, tentes, cabanes, etc.), avant de passer à des formes de plus en plus sophistiquées de capital industriel et professionnel et de locaux d'habitation sans cesse plus élaborés.* » Nous voilà plongés par Th. Piketty dans une histoire de l'humanité où le capital est présent depuis les origines. Cette confusion majeure trouve son prolongement dans l'analyse au cœur de son livre *Le capitalisme au XXI^e siècle*. Le capital est autre chose que ce que montrent les apparences, il est un rapport social qui permet à une minorité de la société, le 1 % le plus riche si on veut donner un chiffre, de s'enrichir en s'appropriant le travail d'autrui. Or, quand Th. Piketty parle d'un impôt progressif sur le capital, il a en vue tous les patrimoines privés que ce soit 1 000 € sur un compte bancaire ou la fortune de Lakshmi Mittal ou Liliane Bettencourt. La confusion se poursuit quand il s'agit des revenus : le revenu tiré de la location d'un appartement de 80 000 € est considéré par Th. Piketty comme un revenu du capital au même titre que le revenu que tire Liliane Bettencourt de sa part dans la firme L'Oréal.

Si on passe aux salaires, Th. Piketty considère que tous les revenus déclarés comme salaires sont des salaires, qu'il s'agisse d'un PDG d'une banque qui touche un salaire de 3 millions € par an ou d'un employé de la banque qui gagne 30 000 € par an. Il convient de questionner le sens attribué par Th. Piketty à des mots comme « capital » ou « travail » et de définir d'une autre manière ce qu'on entend par revenus du capital ou revenus du travail. Et par ailleurs, si on veut comprendre comment le 1 % accumule du capital, il faut aller au-delà de réflexions comme celle-ci : « À partir du moment où le capital joue un rôle utile dans le processus de production, il est naturel qu'il ait un rendement. ».

La confusion maintenue par Th. Piketty est sans doute à mettre en relation avec ses convictions : « *Cela ne m'intéresse pas de dénoncer les inégalités ou le capitalisme en tant que tel, (...) les inégalités sociales ne posent pas de problème en soi, pour peu qu'elles soient justifiées, c'est-à-dire fondées sur l'utilité commune (...)* ».

Les documents

Document unique :

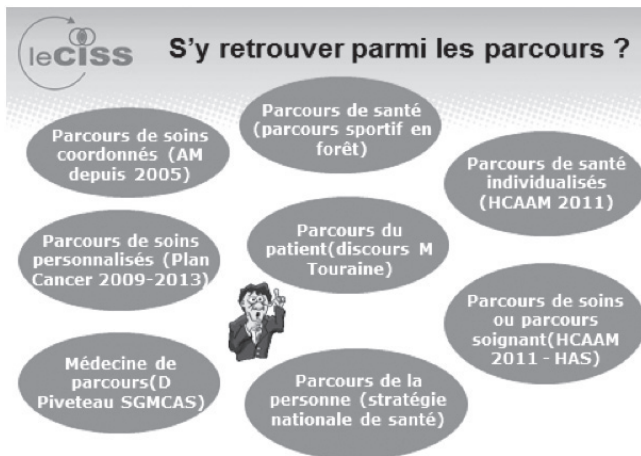
Position du CISS sur les parcours

Le collectif interassociatif sur la santé⁽⁴⁹⁾

Depuis quelque temps, la notion de parcours s'est imposée dans les débats autour du système de santé français. Les parcours sont présentés comme une réponse au développement des maladies chroniques et du vieillissement de la population. Ils sont au centre du deuxième axe de la stratégie nationale de santé. La difficulté avec un concept et encore plus lorsqu'il émerge et n'est pas encore installé, c'est d'en avoir une définition stabilisée. La présente note vise donc à faire le tri parmi les nombreuses notions et de positionner le CISS dans les débats qui entourent les parcours. L'idée étant que ces parcours tiennent leurs promesses et rendent service aux usagers et répondent à leur besoin de visibilité et d'accompagnement pour faire face à leurs problèmes de santé.

Terminologie

Le terme parcours est tellement en vogue qu'on le retrouve un peu partout depuis quelques années avec des acceptations très variables.



Sans doute pour éviter l'écueil parcours de soins vs parcours de santé, Marisol Touraine a évoqué lors de ses vœux pour l'année 2013 la notion de parcours du patient, tandis que les premiers éléments émanant du projet de stratégie nationale de santé font référence au parcours de la personne.

Pour le CISS, la notion de parcours de soins est trop limitée, il faut dépasser cela pour intégrer le maximum de déterminants intégrant l'individu et son environnement. L'expression parcours du patient est également trop restrictive pour les mêmes raisons de concentration de la notion sur le rapport de l'individu au système de soins et non à sa santé. Le nouveau secrétaire général des ministères sociaux Denis Piveteau qui a beaucoup travaillé sur la notion de parcours au HCAAM, parle de médecine de parcours, ce qui a le défaut de donner au parcours un aspect très médical semblant laisser de côté l'aspect social ou encore environnemental qui impacte l'état de santé. **L'expression parcours de santé en entendant santé au sens OMS⁽⁵⁰⁾ paraît la plus adaptée car la plus globale** même si certains estiment qu'il pourrait y avoir confusion avec les parcours de santé que l'on peut trouver dans certains parcs forestiers...

Définition

Au-delà de la nature du terme à accoler à la notion de parcours, il s'agit surtout de définir cette notion. Une définition bien difficile à établir bien que la notion de parcours soit actuellement particulièrement en vogue. Nous avons ainsi noté lors de notre rencontre avec Madame Fery-Lemonnier, en charge des réflexions sur les parcours au secrétariat général des ministères sociaux, qu'elle s'était elle-même bien gardée de se risquer à donner une définition, tout comme le guide méthodologique de l'ANAP (Agence nationale d'appui à la performance).

Pour Christian Saout, ancien président du CISS, les objectifs des parcours de santé doivent être les suivants : informer sur la maladie, identifier et faire partager un parcours, aider au suivi de ce parcours, accompagner en mobilisant des actions et des services adaptés.

⁴⁹ Le Ciss est composé de : ADMD - AFH - AFM - AFPric - AFVS - AIDES - Alliance du Cœur - Alliance Maladies Rares - ANDAR - APF - Autisme France - AVIAM - Epilepsie France - Familles Rurales - FFAAIR - FFD - FNAIR - FNAPSY - FNAR - FNATH - France Alzheimer - France Parkinson - FSF - Générations Mouvement - La CSF - Le LIEN - Ligue Contre le Cancer - Médecins du Monde - SOS Hépatites - Transhépate - UAFLMV - UNAF - UNAFAM - UNAFTC - UNAPEI - UNISEP - UNRPA - Vaincre la Mucoviscidose - VMEH

⁵⁰ La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.

De l'avis du CISS, le parcours de santé, c'est un plan de soins + la prise en compte de l'environnement de vie du patient + les actions d'accompagnement qui lui sont proposées. Certains patients sont en capacité de se diriger seuls, d'autres doivent être accompagnés pour certaines situations, d'autres tout le long du parcours. Les parcours sont donc individualisés et personnalisés pour chaque patient. Enfin ils sont dynamiques, ce qui signifie qu'ils peuvent être adaptés en permanence.

Les fonctions d'information peuvent être identifiées dans le système puisque, le plus souvent, elles existent déjà (professionnels de santé et du social, associations). Les fonctions de synthèse et d'accompagnement qui permettent d'aider la personne à identifier son parcours (centre d'accompagnement des patients que le CISS proposait de créer dans sa PPL de juin 2012) sont spécifiques et à inventer pour bon nombre de patients. Il faut également veiller à ne pas confondre la notion de coordination et la notion de parcours. Si la coordination est absente, ce qui est hélas encore souvent le cas, il faut axer le parcours sur comment le patient va agir pour favoriser la coordination (en la faisant lui-même ou en acceptant les outils pour la favoriser).

Le parcours idéal

Le parcours de santé d'une personne pourrait se définir comme l'association entre :

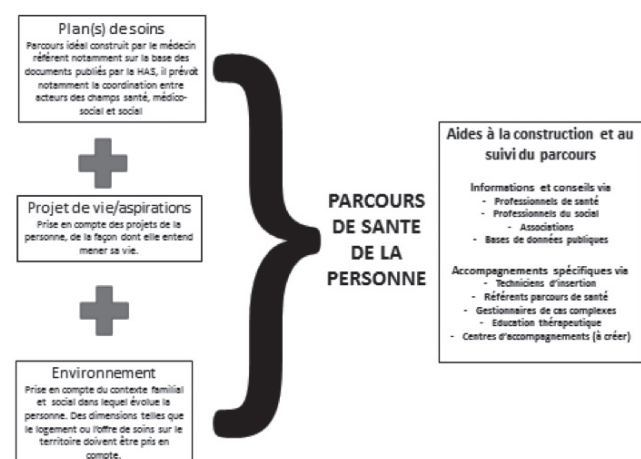
- un plan de soins élaboré par le médecin référent sur la base des documents HAS. Ce plan prévoit la coordination entre acteurs du système de santé, du médico-social et du social et contient essentiellement de l'information à destination du patient et de son entourage
- le projet de vie de la personne et ses aspirations
- le cadre de vie et l'entourage de la personne (famille, logement, travail, offre de soins sur le territoire).

Ce parcours est formalisé dans un document dynamique, c'est-à-dire susceptible d'évoluer en permanence. Afin d'être accompagnée dans la construction et le suivi de ce parcours, la personne peut être aidée par des professionnels de la santé ou du social, des associations ou encore des sources documentaires validées. Cette fonction d'accompagnement pourrait faire l'objet d'un nouveau droit comme l'ont proposé la chaire santé de Sciences Po et l'AFM Téléthon qui souhaitent intégrer ce nouveau droit dans la future loi de santé publique.

Créer un nouveau droit est certainement nécessaire mais ce ne sera pas suffisant s'il ne s'accompagne pas de moyens et d'outils pour le faire vivre. Combien de droits existent sans être jamais appliqués faute d'être connus ou d'outils pour qu'ils le soient. C'est pourquoi le

CISS propose de le faire reposer ce droit sur des centres d'accompagnement. Les patients y trouveraient les informations et le soutien indispensables pour vivre avec la maladie le mieux possible. Ces centres proposeraient aux patients subissant les situations médicales et ou sociales les plus complexes d'être accompagnés par des professionnels de l'accompagnement (techniciens d'insertion, des référents parcours de santé ou encore des gestionnaires de cas complexes). Les associations d'usagers seraient largement partie prenante de la gestion et du pilotage de ces centres d'accompagnement.

Le parcours idéal passe évidemment également par un accès aux soins, aux acteurs et aux structures le jalonnant. Cela signifie des soins de proximités ambulatoires et hospitaliers, des structures médico-sociales, des services d'accompagnement présents et accessibles financièrement sur l'ensemble du territoire. L'une des réponses envisagée pour relever ce défi est le service public territorial de santé qui regrouperait ces différents acteurs en y adjoignant les principes du service public. Une mission est en cours pour en définir les contours. Il est pour l'instant difficile de cerner ce qu'il en sortira mais les résistances des acteurs semblent fortes en témoigne notamment le fait qu'ils cherchent à en modifier le nom pour passer de service public territorial de santé à service territorial de santé au public...



Les sept erreurs à ne pas commettre en matière de parcours

Se centrer sur l'observance avec l'ambition de faire des économies :

Il y a un risque autour de ces parcours qui consisterait à tomber dans le piège du "tout observance⁽⁵¹⁾" (ce qui est trop souvent le cas dans les programmes d'éducation

⁵¹ Respect par le patient des prescriptions de son médecin. Cela concerne les traitements médicamenteux avec la dose prise et l'heure, les règles hygiéno-diététiques ou encore la présence aux consultations médicales.

thérapeutique) voire de sanctionner les comportements "déviant" avec pour seule logique la volonté de faire des économies à court terme. L'exemple de la mairie de Londres qui a récemment décidé de sanctionner des personnes obèses ne se conformant pas aux recommandations qui leur sont faites ou l'exemple français qui vise à retirer aux patients des appareils contre l'apnée du sommeil parce que trop peu utilisés doivent éveiller notre vigilance. D'autant plus qu'avec dans un futur très proche, le décryptage complet du génome pour 100 dollars, ce dérapage vers « vous connaissez vos risques, vous prenez vos responsabilités, vous payez vos risques » est plus que jamais d'actualité.

C'est pourquoi le CISS souligne que la mise en place des parcours doit avoir comme objectif prioritaire d'améliorer la qualité de prise en charge des personnes au sens OMS y compris pour celles pour qui la mise en place d'un parcours serait plus coûteuse que sans parcours. C'est pourquoi, le CISS veillera à ce que l'évaluation de ces parcours ne se limite pas aux seuls indicateurs médico-économiques. Il faudra veiller à ce que le suivi de ces parcours ne fasse pas l'objet d'une différenciation dans la prise en charge du patient, notamment en termes de remboursement.

Imposer le parcours au patient :

Conséquence de la logique économique visant des parcours centrés sur l'observance, il est à redouter que ces parcours puissent être imposés au patient sans qu'il ait son mot à dire et sans qu'il n'ait la possibilité de refuser. Il nous semble qu'une telle stratégie conduirait à l'échec, les parcours ne seront bénéfiques que si les patients participent activement à leur élaboration. Nous souhaitons que le patient soit autonome dans ses choix et garde la liberté de ne pas suivre un parcours imposé. Il doit pouvoir discuter de son parcours tout du long.

Centrer les parcours sur le soin :

Nous l'avons indiqué dans le parcours idéal, le parcours ne doit pas se limiter à un plan de soins. La personne doit être prise en compte dans toutes ses dimensions (sociale, familiale, professionnelle). Elle doit être accompagnée, un accompagnement médical, social, environnemental. Ses habitudes et modes de vie doivent être abordés et un échange initié pour convenir avec la personne des éventuelles modifications à y apporter. Des actions de prévention primaire et l'éducation à la santé doivent être proposées au patient.

Ne pas mettre en place une réelle coordination :

Actuellement la coordination entre les acteurs de la prise en charge des patients est déficiente. On attend avec le DMP, l'outil miracle qui pourrait permettre de

rattraper le retard. L'enlisement perpétuel de ce projet n'encourage pas à l'optimiste. Par ailleurs, au-delà de la question des outils de la coordination, la réussite de celle-ci passe par la volonté des acteurs de la faire vivre et sur ce point, on peut s'interroger sur la réelle volonté d'acteurs qui se toisent depuis si longtemps cumulant les complexes, les non-dits voire les affrontements. Au-delà du DMP, pour que les professionnels franchissent un nouveau cap en matière de coordination, il est nécessaire que les rémunérations les y incitent. Il convient de dépasser les expérimentations actuelles et rémunérer les actions de coordinations via une rémunération au forfait et donc une diminution du poids de la rémunération à l'acte ou à l'activité.

Ne s'occuper que de coordination :

Si la coordination est indispensable à la mise en place de parcours qui ne soient pas des « coquilles vides », elle n'est pas suffisante. Et si la coordination des acteurs est une chose qui ne sera pas simple à mettre en place, l'accompagnement fin de la personne sera autrement plus compliqué. Cet accompagnement fin passe par la mise en place de centre d'accompagnement sur l'ensemble du territoire à un échelon qui reste à définir. Ces centres d'accompagnement devront proposer aux patients relevant de situations complexes (polypathologie, situation médicale et/ou sociale très dégradée) qu'une personne dûment formée soit à ses côtés pour l'aider dans son parcours, permettre à la personne d'exercer son autonomie. Cette aide humaine sera nécessaire même si le système d'information et de coordination est optimal. Il s'agit donc de mettre en place des nouveaux métiers qui pourront s'inspirer des expérimentations mises en œuvre depuis plusieurs années, que ce soit les gestionnaires de cas pour les malades d'Alzheimer, les techniciens d'insertions pour les maladies génétiques ou plus récemment les référents de parcours de santé mis en place en région Rhône-Alpes.

Oublier l'entourage :

L'accompagnement de la personne inclut l'accompagnement de son entourage. En effet, la personne étant considérée dans sa globalité, l'entourage est compris dans cette globalité. En effet, la souffrance de ceux que l'on nomme les aidants naturels a été mise en avant dans de nombreuses études qui révèlent même qu'ils sont 40 % à décéder avant leur proche malade⁽⁵²⁾ ! Contribuer au bien-être des aidants sera bénéfique au bien-être de la personne malade.

⁵² L'étude EPOCH réalisée entre 2000 et 2001, financée au niveau européen, effectuée sur l'initiative d'Alzheimer Europe, porte sur les différenciations dans les soins à domicile des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer.

Confier à la CNAMTS l'organisation des parcours :

La CNAMTS en tant qu'assureur public du risque santé s'engouffre dans les terres jusque-là abandonnées par les pouvoirs publics et propose aux patients d'intégrer des programmes qui peuvent apparaître comme des embryons de parcours. Ce n'est pas notre conviction que de penser que l'assureur public, même de premier rang, doit être à la manœuvre pour définir les parcours de soins. Il est plutôt là pour examiner les conditions de l'opposabilité tarifaire dans le parcours de soins. C'est un boulot à lui tout seul. Et il faut le faire bien !

Réalisation, Impression:



Dépôt légal: avril 2014

