



CAHIERS

Les cahiers de santé publique
et de protection sociale

Publication de la Fondation Gabriel Péri

N°10
octobre
2013



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 :

M. Serge Klopp, Cadre infirmier psychiatrique,
M. Dominique Durand, journaliste et écrivain,
M^{me} Nathalie Marchand, Syndicaliste hospitalière à l'APHP,
M. Michel Legros, administrateur de l'EHESP,
M^{me} Évelyne Vander Heym, directrice d'hôpital en retraite,
M. Alain Claquin, Cadre Hospitalier à l'APHP,
D^r Omar Bixi, médecin de santé publique et enseignant,
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^{me} Anne Bléger, attachée territoriale et journaliste,
D^r Alain Beaupin, Médecin directeur de centre de santé,
M^{me} Joëlle Greder, ancienne Présidente du Conseil National du Pcf,
D^r Fabien Cohen, chirurgien-dentiste, Secrétaire Général du Syndicat des Chirurgiens-dentistes des centres de santé,
M. Claude Chavrot, Président de l'IUT Paris-Descartes, administrateur de la Fédération Nationale
des centres de santé,
M. Alain Lhostis, Conseiller de Paris, ancien Adjoint au Maire de Paris chargé de la santé et ancien Président délégué
du Conseil d'Administration de l'AP/HP de 2001 à 2008,
M. Patrice Voir, Maire-Adjoint délégué à la santé de Grenoble,
D^r Richard Lopez, Directeur de la santé à Champigny, Président de la FNCS,
M^{me} Simone Fayaud, infirmière, membre du Conseil National du Pcf,
D^r Alain Brémaud, membre du bureau de la Fédération nationale de Formation continue
et d'évaluation des pratiques professionnelles des centres de santé,
M. Michel Katchadourian.

Comité de lecture :

D^r Michèle Leflon, médecin hospitalier, chef de service, Vice-Présidente de la Région Champagne-Ardennes,
D^r Éric May, Médecin Directeur de centre de santé et Président de l'Union syndicale des médecins
de centres de santé,
M^{me} Catherine Mills, universitaire, économiste, responsable du Séminaire sur l'hôpital à la Fondation Gabriel Péri.
D^r Jean Victor Kahn, chirurgien-dentiste.
D^r Paul Cesbron, Ancien Chef de service à l'Hôpital de Creil.

SOMMAIRE

Éditorial:

Le coût du capital est trop élevé Par le D ^r Michel Limousin	Page 7
--	--------

Articles:

Analyse critique du livre « La vérité sur le cholestérol » : la marque d'une incompétence scientifique ou celle d'une manipulation cynique? Par le Docteur François Diévert, cardiologue, Clinique Villette à Dunkerque, Président du Groupe de pharmacologie clinique et thérapeutique de la Société française de cardiologie	Page 9
Papier du Japon : Note de voyage au pays de Min-Iren et... du Bien Être Par le D ^r Éric May, Président de l'USMCS	Page 15
Demandes de soins non programmés et services d'urgences, le cas du projet de nouvel Hôtel-Dieu à Paris Par le D ^r Alain Beaupin, Président de la Confédération des syndicats de médecins salariés de France	Page 19
La procréation médicale assistée : retour sur le réel Par le D ^r Michel Limousin, Centre de santé de Malakoff	Page 24
Mutilations sexuelles féminines : connaissances, pratiques et déterminants de l'abord du thème en consultation chez les étudiants en Médecine Générale Par les D ^r Soumaya Cheniour Bibi, D ^r Gladys Ibanez, D ^r Gilles Lazimi, D ^r Nadia Gaouaou, D ^r Anne-Marie Magnier, Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie	Page 26
Prise en charge des violences sexuelles en médecine générale : étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes Par le D ^r Coralie Leroy Sharma, le D ^r Gilles Lazimi, le D ^r Gladys Ibanez, le D ^r André Soares et le P ^r Anne-Marie Magnier	Page 35
La Santé publique en Mauritanie Par le D ^r Clarissou, ancien médecin chef du C.M.S. de Noisy-le-Sec, directeur du service Communal Hygiène Santé de la Ville	Page 38

Le dossier « retraites » :

La retraite : Un enjeu de société, une réforme de gauche socialement efficace! Par Jean-Luc Gibelin, responsable santé & protection sociale du Pcf	Page 41
Retraite : pour une autre approche Par Éric Aubin, responsable des questions de retraite à la CGT	Page 44
La bataille du financement des retraites : une bataille décisive contre les plans du libéralisme et pour construire une alternative véritable Par M ^{me} Catherine Mills, membre du Comité de rédaction des Cahiers	Page 47

Vers une réforme systémique des retraites et la marche vers un nouveau modèle social – libéral par Frédéric Rauch, rédacteur en chef de la revue Économie & Politique	Page 49
Réforme des retraites : l'équité en panne Communication de M ^{me} Christiane Marty, membre d'ATTAC et de la Fondation Copernic lors des Estivales du Front de gauche, le 24 août 2013	Page 56
<i>Les brèves :</i>	Page 59
<hr/>	
<i>Les notes de lecture :</i>	
<hr/>	
« Médiator 150 mg, Combien de morts ? » Docteur Irène Frachon, médecin des hôpitaux, spécialiste de pneumologie, Editions-dialogues.fr par le D ^r Alain Brémaud	Page 64
« La panne » Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste, professeur au CNAM, directeur de l'équipe de recherche de « psychodynamique du travail et de l'activité » par le D ^r Nadine Khayi, médecin du travail	Page 65
Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent Colette Bauby & Pierre Suesser, Éditions Erès par le D ^r Michel Limousin	Page 65
Rapport du comité des « sages » présidé par Alain Cordier : Un projet global pour la stratégie nationale de santé finalisé le 21 juin 2013. Note de lecture par le D ^r Brémaud	Page 66
<i>Le courrier des lecteurs :</i>	Page 69
<hr/>	
<i>Les documents :</i>	
<hr/>	
Document unique: Communiqué de presse de l'Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante, Vincennes, le 25 septembre 2013 : Amiante: préjudice d'anxiété, la Cour de cassation maintient le cap	Page 74

Éditorial

Le coût du capital est trop élevé

L'affrontement capital/travail ou plus exactement propriétaires du capital/travailleurs est une des réalités sociales les plus fondamentales de nos sociétés: ce n'est plus à prouver. Si certains ont pu en douter en annonçant il y a peu la fin de l'Histoire et en considérant que le capitalisme universel était la marque ultime de l'évolution humaine, la crise économique actuelle renouvelle la démonstration de cet affrontement. Dans une société où la masse des richesses produites n'augmente plus, nous sommes dans un jeu à somme nulle. Si les uns s'enrichissent, les autres s'appauvrissent. C'est le cas de la France aujourd'hui. C'est le cas plus global de l'Europe et des pays de l'OCDE. L'an passé en France, les 500 plus grosses fortunes professionnelles ont augmenté en valeur de 25 % sur 12 mois. Le corollaire est la chute du pouvoir d'achat et du niveau de vie. Les pauvres augmentent en nombre et en misère. Et il faut beaucoup de pauvres pour faire un riche...

Pourtant les médias et les commentateurs patentés ne cessent de parler du coût du travail. Or le travail ou plus sûrement le travailleur n'est pas un coût: c'est d'abord lui qui crée la richesse. Sans lui le capital ne serait rien. Ce que les libéraux appellent le coût du travail correspond aux salaires directs et aux prestations sociales de toutes natures qui lui sont nécessaires pour se développer. À production égale, la ressource allouée au capital – le profit – entre en concurrence avec la ressource allouée aux travailleurs. Une part de ce profit va à l'investissement et une autre va à l'enrichissement personnel. Comme on peut constater que les investissements sont des plus faibles aujourd'hui, c'est l'enrichissement sans cause des capitalistes qui est l'élément structurant de la période actuelle. Cet enrichissement insensé est lui un véritable coût pour la société. Et ce coût est trop cher.

Le travail est mal rémunéré: salaires bloqués, petits contrats, CDD, chômage comme moyen de pression sur les salaires, exclusions de toutes sortes, inégalités de toutes sortes, précarité de toutes sortes. La pauvreté grandit dans le pays et les inégalités – en particulier de santé – explosent. Le modèle: l'Allemagne, le pays sans enfants qui a supprimé le salaire minimum.

La protection sociale dans sa diversité en subit les conséquences: les retraites sont remises en cause, le pouvoir d'achat des retraités est régulièrement affaibli depuis 20 ans; l'Assurance maladie est asphyxiée: l'état de l'hôpital en témoigne, les renoncements aux soins aussi; la politique familiale est abandonnée: fait nouveau, les familles avec enfants sont directement attaquées; les services publics sont à l'abandon. La démonstration n'est plus à faire.

Et pourtant, ceux qui ont échoué à redresser la situation économique du pays continuent le même discours. Il faut encore et encore serrer la vis pour redresser la situation. Il faut donner toujours plus et sans contrôle à ceux qui refusent d'investir et développer l'économie. Quant au système financier pourtant dénoncé de partout, on éponge ses dettes et turpitudes au risque de ruiner un peu plus l'économie et les monnaies. Les coûts financiers à la charge des entreprises (dividendes et frais financiers) sont passés de 2 % en 1950 à 30 % aujourd'hui. Les coûts financiers se sont élevés à 309,9 milliards en 2012 et représentaient 15,25 % du PIB (2 032,33 milliards). Cela s'opère au détriment des investissements productifs et des besoins humains. Pour mémoire, les dépenses de santé de toute la population en 2012 étaient de 243 milliards et 12 % du PIB.

La concurrence n'est pas une loi sociale ni économique. À l'inverse la coopération est une nécessité. Un monde de malheur ne peut être la condition du progrès. L'idéologie libérale n'est pas une science, c'est une opinion utilitaire.

Lutter pour la protection sociale et pour la santé publique comme nous le faisons dans cette revue, c'est nécessairement dire que le problème n'est pas le coût du travail mais le coût du capital. Trop, c'est trop.

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

Articles

Analyse critique du livre « La vérité sur le cholestérol » : la marque d'une incompétence scientifique ou celle d'une manipulation cynique ?

Par le Docteur François Diévert

Cardiologue, Clinique Villette à Dunkerque,

Président du Groupe de pharmacologie clinique et thérapeutique de la Société française de cardiologie

« Les faits sont têtus. Il est plus facile de s'arranger avec les statistiques. »
Mark Twain

En février 2013, un livre dont l'auteur est Philippe Even, prétendait révéler au grand public « *La vérité sur le cholestérol* ». À l'évidence, ce livre a fait l'objet d'une campagne de promotion destinée à en stimuler les ventes et à porter sur la place publique les éléments d'une controverse qui, quoiqu'ancienne, restait confinée à des cercles réduits à quelques observateurs, médecins ou non, et notamment à un groupe dénommé « *The International Network of Cholesterol Skeptics* ».

Entrant en place publique, cette controverse fait dorénavant intervenir divers acteurs dont les champs de compétence et modes de réflexion sont parfois éloignés de l'objectivité scientifique. Et soit, ils ne peuvent juger de la validité des éléments du débat et peuvent être manipulables, soit ils ont des opinions préétablies. Or, les opinions préétablies jouent en faveur du biais de confirmation d'hypothèse, biais cognitif parmi les plus répandus. Ainsi, les tenants de l'opinion préalable que « *contrairement à ce que l'industrie pharmaceutique voudrait faire croire, le cholestérol n'est pas nocif et donc les statines, qui permettent de diminuer le cholestérol, ne servent à rien* », vont juger toute donnée à l'aune de leur postulat. Et nous allons le voir à l'analyse du livre de Ph. Even, quitte à travestir certains faits.

Face à cette modification de la vérité, il convient de s'interroger : les commentateurs qui, comme Ph. Even, dénoncent ce qu'ils qualifient de « complot », ont-ils une réelle compétence scientifique ? Dans l'affirmative, sont-ils des manipulateurs cyniques ? Ce jugement restera à l'appréciation des lecteurs. Dans cet article, notre propos est d'analyser la pertinence scientifique de l'ouvrage de Ph. Even à travers quelques exemples sélectionnés. Cela justifie au préalable un rappel synthétique des faits disponibles sur le cholestérol, montrant en quoi ce sujet peut prêter à certaines controverses.

Rappel historique

Des données issues de la recherche fondamentale ont fait envisager depuis plus d'un siècle que le cholestérol participait à la formation de plaques d'athérome dans les vaisseaux. Après de nombreuses recherches et controverses, il a été compris que ces plaques peuvent parfois se fissurer et induire la formation d'un caillot, dénommé thrombus, pouvant obstruer totalement ou non une artère. En obstruant complètement l'artère ce thrombus peut provoquer une nécrose, un infarctus de la zone d'aval de l'artère. S'il s'agit du cœur, on parle d'infarctus du myocarde (IDM). Il peut aussi se mobiliser, partir dans la circulation sanguine, et être à l'origine d'une embolie, pouvant être responsable d'un accident vasculaire cérébral (AVC) par exemple.

• Une relation probabiliste entre cholestérol et risque d'infarctus du myocarde

À partir de septembre 1948, une vaste étude a été conduite dans la ville de Framingham aux USA. Dans cette étude, ayant initialement inclus 5 000 sujets, plusieurs paramètres ont été recueillis au départ, comme le taux de cholestérol et la valeur de la pression artérielle par exemple. Lors du suivi des personnes enrôlées, ont été comptabilisés les IDM et les AVC ainsi que de nombreux autres critères. Il est alors apparu que, plus le taux de cholestérol de départ est élevé, plus grand est le risque d'avoir un IDM dans les années suivantes. Après 1948, ce type d'étude a été conduit dans la plupart des pays du monde et la corrélation entre taux de cholestérol et risque d'IDM a été constatée dans toutes ces études, en faisant une donnée universelle. La synthèse de ces études d'observation, a mis en évidence une corrélation linéaire, c'est-à-dire sans effet seuil, entre la valeur du cholestérol dans le sang et le risque d'IDM. Ainsi, comme pour toute augmentation d'une valeur fixe du cholestérol le risque d'IDM augmente d'une autre valeur fixe, il est possible de dire

que la relation entre cholestérol et risque est linéaire et sans seuil. Afin de comprendre, prenons des chiffres en exemple : si chaque fois qu'un paramètre augmente d'une valeur fixe, par exemple, augmente d'1 g/l, le risque d'un événement augmente d'une valeur fixe, par exemple, est multiplié par 2, il est possible de dire que pour toute augmentation d'1 g/l du paramètre le risque de survenue de l'événement est multiplié par 2. Dans une représentation graphique de cette relation en coordonnées arithmétiques (les valeurs de l'abscisse et de l'ordonnée augmentent de façon arithmétique) l'allure de la relation sera curvilinéaire, et l'échelle choisie donnera l'impression qu'il peut y avoir un seuil au-delà duquel le risque augmente de façon plus nette. En revanche, dans une représentation en coordonnées semi-logarithmiques (les valeurs de l'abscisse augmentent de façon arithmétique et celles de l'ordonnée de façon géométrique), l'allure de la relation sera strictement linéaire, ce sera une droite.

Première conséquence, le terme d'hypercholestérolémie devient caduc (ce qui n'est pas encore une donnée suffisamment partagée), car, quel que soit le taux de cholestérol dans le sang, une valeur qui lui est supérieure est associée à un risque plus important d'IDM et une valeur qui lui est inférieure est associée à un risque d'IDM qui est moindre. Mais ne nous y trompons pas, à ce stade, cette relation entre cholestérol et risque d'IDM n'est pas de nature déterministe, car d'une part, d'autres facteurs entrent aussi en jeu et, surtout, d'autre part, il reste à démontrer que la diminution du cholestérol diminue le risque d'IDM. Ce type de relation est donc essentiellement probabiliste.

- **Une possibilité de réduire le risque d'infarctus du myocarde**

Avec les premiers résultats de l'étude de Framingham, dans la fin des années 1950 et le début des années 1960, il a été entrevu une possibilité de réduire le risque d'IDM en diminuant le taux de cholestérol sanguin par une alimentation adaptée et/ou par des médicaments. Les maladies cardiovasculaires représentant, dans les sociétés à pouvoir d'achat élevé, la première cause de mortalité, le marché potentiel de la prévention de l'IDM par des traitements diminuant le cholestérol était important. Les enjeux financiers, pour l'industrie pharmaceutique, mais aussi des enjeux de prestige, pour les médecins – résumés par un message : nous allons pouvoir vaincre la première cause de mortalité de nos sociétés - expliquent probablement certains abus dans l'exploitation du « phénomène cholestérol », tels celui accompagnant le développement du triparanol aux débuts des années 1960 aux USA, où les données d'efficacité avaient été fabriquées et celles sur la sécurité masquées.

Malgré cette fraude, entachant d'emblée le débat sur les traitements du cholestérol, de nombreuses molécules

diminuant le cholestérol et des essais thérapeutiques permettant de les évaluer furent disponibles dans les années 1960 à 1980. Parmi ces molécules, plusieurs connurent des échecs, comme ce fut le cas des hormones thyroïdiennes, des œstrogènes et du clofibrate qui diminuaient le cholestérol mais augmentaient la mortalité totale des patients traités. Les résultats paradoxaux des études faites avec ces molécules sont pour partie à l'origine du scepticisme de certains observateurs concernant l'utilité de la diminution du cholestérol.

Paradoxalement, alors que dans plusieurs études, la mortalité n'était pas modifiée et/ou augmentée sous traitement, une diminution du risque d'IDM était constatée, laissant valide l'hypothèse selon laquelle une diminution du cholestérol peut apporter un bénéfice en termes de réduction du risque d'IDM. À cette époque, deux hypothèses s'affrontaient : la première faisait envisager que la baisse du cholestérol était bénéfique, mais que les molécules alors utilisées étaient nocives en elles-mêmes et qu'il fallait continuer à chercher des molécules suffisamment sûres, la seconde faisait envisager que le cholestérol est utile, que certes sa diminution peut éventuellement diminuer le risque d'IDM, mais qu'il y a de tels autres effets à le diminuer, que la résultante d'une diminution du cholestérol était globalement nocive pour l'homme.

Dans ce contexte, la commercialisation, sans aucune preuve de bénéfice clinique, de molécules diminuant le cholestérol restait possible, ce qui fut le cas de plusieurs membres de la classe des fibrates.

- **L'arrivée des statines**

C'est dans les années 1980, que fut commercialisée une nouvelle classe thérapeutique, celle des statines, dont l'effet principal était d'obtenir une diminution importante, relativement aux autres classes thérapeutiques, du cholestérol et notamment de sa composante jugée nocive, le LDL cholestérol.

Depuis leur mise à disposition, les molécules de cette classe ont été évaluées dans de multiples essais thérapeutiques contrôlés conduits contre placebo. À ce jour, il y a eu plus de 400 000 personnes incluses dans plus de 50 études ayant évalué des statines. La plus importante de ces études, l'étude HPS, a elle-même enrôlé plus de 20 000 patients, suivis plus de 5 ans. Ces études ont eu des résultats sans équivoque, et ce, tant chez les patients ayant déjà eu un IDM que chez celles n'en ayant pas eu : ces études ont prouvé que les statines diminuent le risque de survenue d'un IDM, qu'elles diminuent la mortalité totale et, élément peu attendu, qu'elles diminuent le risque d'AVC et ce, alors qu'il n'y a pas de corrélation entre taux de cholestérol et risque d'AVC. Plus encore, ce bénéfice allait être constaté que les patients soient âgés ou jeunes, qu'ils soient hommes ou femmes, et surtout,

quelle que soit la valeur de leur taux de cholestérol de départ. Dans deux situations, les statines n'apportent paradoxalement pas de bénéfice : chez les patients ayant une insuffisance rénale dialysée et chez ceux ayant une insuffisance cardiaque évoluée. Les études effectuées chez ces patients n'ont montré aucune réduction du risque d'IDM ou d'AVC avec ces traitements, on parle donc ici d'études négatives.

De ce fait, les médecins et notamment les cardiologues, ont été largement convaincus de l'utilité des statines et les prescrivent régulièrement, générant, pour les entreprises qui les développent, et avant qu'ils ne soient génériqués, des chiffres d'affaires importants. Ainsi, en 2010, avant d'être génériqué, l'atorvastatine des laboratoires Pfizer générait le plus grand chiffre d'affaires au monde pour un médicament : 10,7 milliards de dollars soit 7,9 milliards d'euros. En contrepartie, ces médicaments sont, pour les régimes d'assurance sociale, à l'origine de dépenses parmi les toutes premières au titre du remboursement de médicaments par la solidarité nationale. Les statines sont donc au centre d'enjeux de santé publique, d'enjeux financiers et d'enjeux économiques.

• Les synthèses de 2013

En 2013, les statines sont une classe thérapeutique parmi les mieux évaluées chez l'homme et leur bénéfice clinique est affirmé. Ce bénéfice est supposé en rapport avec la diminution du cholestérol obtenue, mais certains points laissent penser qu'il pourrait résulter d'une action spécifique de ces molécules :

- des analyses complémentaires d'études ont montré que le risque d'IDM diminue avec les statines même quand il n'y a pas eu de réduction du cholestérol ;
- des bénéfices précoces (dans le cas de patients pris en charge pour un IDM) ont été observés qui rendent peu probable un effet médié uniquement par la diminution du cholestérol ;
- enfin, dans des essais effectués avec des molécules d'autres classes thérapeutiques que les statines (comme avec le torcetrapib et avec l'acide nicotinique), il y a eu des réductions du taux de LDL cholestérol de 15 à 25 % mais pas de réduction, voire, dans le cas du torcetrapib, une augmentation, du risque d'IDM.

En synthèse, il existe donc certains paradoxes non encore expliqués dans la relation entre cholestérol, risque d'IDM et effet clinique des traitements agissant sur le cholestérol :

1. il y a une corrélation épidémiologique, forte, puissante, indépendante et universelle entre le taux de cholestérol dans le sang et le risque d'avoir un IDM dans les années qui suivent ;
2. certains médicaments peuvent diminuer le cholestérol sans avoir d'effet sur le risque d'IDM ;

3. il est indéniable qu'une classe thérapeutique, les statines, diminue le risque d'IDM et d'AVC, et ce, alors qu'il n'y a pas de corrélation entre le taux de cholestérol et le risque d'AVC. Ce bénéfice a été observé quelle que soit la valeur de départ du cholestérol, même s'il est très bas. Surtout, il reste possible que le bénéfice procuré par cette classe thérapeutique ne provienne pas exclusivement de son effet sur le taux de cholestérol.

Ce rappel a été nécessaire pour comprendre que l'histoire de la relation entre le cholestérol et le risque d'IDM est longue, complexe, non achevée et source de nombreuses controverses au sein d'enjeux financiers importants. Dès lors, il est possible de se servir de certains éléments de ces controverses pour argumenter en faveur d'une opinion ou d'une autre dans un débat. C'est dans ce contexte que s'inscrit le livre de Ph. Even. Sa thèse principale est que 1) le cholestérol n'est pas néfaste et 2) les statines ne servent donc à rien et 3) si les patients, les médecins, notamment les cardiologues, croient au lien entre cholestérol et IDM et aux effets bénéfiques des statines, c'est parce que les enjeux financiers et de prestige ont tissé la toile d'une vaste corruption à l'origine d'une manipulation.

Pour étayer sa thèse, Ph. Even va tenter de démontrer :

1. que le cholestérol n'est pas impliqué dans la survenue des IDM
2. que le rapport épidémiologique entre cholestérol et risque d'IDM résulte d'une manipulation des faits par des centres universitaires qu'il qualifie « d'officines au service de l'industrie » et, il va proposer de rétablir à sa façon la réalité du lien entre cholestérol et risque d'IDM et
3. que, contrairement à ce que croient les médecins, les essais thérapeutiques effectués avec les statines n'ont pas montré de bénéfice de ces traitements.

Ce sont les méthodes des deux dernières supposées « démonstrations » qui seront présentées ci-après afin de juger de l'approche scientifique de Ph. Even.

Le lien épidémiologique entre cholestérol et risque d'infarctus du myocarde

Pour réfuter la corrélation entre cholestérol et risque d'IDM, Ph. Even affirme que la synthèse des études ayant établi ce lien a été manipulée et il en donne ce qu'il juge être deux preuves.

La première, est que les principaux auteurs académiques (Université d'Oxford) de l'étude de synthèse des données épidémiologiques montrant qu'il y a une relation linéaire et sans seuil entre cholestérol et risque d'IDM, avaient un intérêt financier à produire un faux

puisqu'ils auraient un lien d'intérêt avec un laboratoire pharmaceutique. Il n'y a donc pas, scientifiquement parlant, réfutation d'une donnée issue d'une expérience par son invalidation par une autre expérience plus fiable ou au résultat contradictoire, mais par la supputation que la donnée à réfuter est une donnée manipulée, et ce, parce que les auteurs de l'expérience avaient un intérêt à obtenir un certain type de résultat.

La deuxième est qu'allant sur un terrain *a priori* plus scientifique, Ph. Even va tenter de montrer que les corrélations entre cholestérol et risque d'IDM sont fausses et donc construites. Ainsi, il indique, page 154, qu'il a produit « *en pointillé, les courbes curvilinéaires expérimentales non publiées et recalculées par nous...* » qui montrent bien qu'il n'y a pas de relation progressive entre l'augmentation du cholestérol et l'augmentation du risque d'IDM. D'après les courbes produites par Ph. Even, une relation n'apparaît que pour des valeurs très élevées de cholestérol et donc, il n'y a pas d'utilité à diminuer le cholestérol quand il n'est pas très élevé. De fait, il a simplement transformé l'expression de la relation cholestérol-IDM en passant d'une représentation en coordonnées semi-logarithmiques (celles qui montrent qu'il n'y a pas de seuils quand il n'y en a effectivement pas) en coordonnées semi-arithmétiques (celles qui peuvent faire « apparaître » un seuil visuel où bon nous semble en fonction de l'échelle de grandeur choisie). Cette soi-disant démonstration n'est en fait qu'une pure manipulation destinée à tromper un public peu au fait des possibilités offertes par ces méthodes.

Mais... d'où Ph. Even tient-il les bases de ces données « *non publiées et recalculées par nous...* » ? On peut se douter de la réponse lorsqu'on lit que ces bases de données sont « *non publiées* » : il suffit en effet de lire la page 156 de son livre. Et ici, on ne peut résister à retranscrire l'intégralité du paragraphe - contenant au passage une attaque portée contre l'université d'Oxford - tant sa conclusion est invraisemblable : « *Cette très habile manipulation redresse donc la droite représentant les relations mortalité cardiaque/cholestérol et elle en double la pente, accroissant ainsi les effets du cholestérol. Il s'agit bien d'illusionnisme. Ces pentes ainsi « appropriately » corrigées (sic), écrivent nos statisticiens émérites, sont plus raides que la réalité et le cholestérol pèse donc 2 fois plus lourd dans la mortalité et 4 fois plus qu'avec les courbes curvilinéaires expérimentales. Il y a donc un double trucage par les logarithmes d'abord et par le shrinkage factor ensuite. Superbe. Notons que ce doublement arbitraire falsifie ipso facto nos courbes pointillées, calculées sans disposer des valeurs originales...* ».

Pour ceux qui n'auraient pas compris, Ph. Even recalcule lui-même la corrélation entre les valeurs du

cholestérol et la mortalité cardiaque à partir de données qu'il ne possède pas, puisqu'il reconnaît ne pas disposer des valeurs originales, mais cela lui permet de montrer que les relations calculées par ceux qui possèdent ces valeurs originales sont fausses. C'est là une démarche scientifique inédite. On n'est plus dans la manipulation, mais on s'approche de l'illusionnisme, voire d'un domaine de la pathologie psychique semble-t-il.

Le bénéfice des statines

• **Un petit jeu de probabilité**

Toute personne qui aborde les statistiques et les probabilités commence par apprendre une donnée simple, issue du jeu de pile ou face. Plus une série est petite en nombre, plus son résultat sera aléatoire. Ainsi, par exemple, supposons que l'on souhaite déterminer s'il naît plus de garçons que de filles, dans une maternité A, effectuant 20 accouchements par jour, que dans une maternité B, effectuant 50 accouchements par jour. Un « expert » propose alors la méthode de calcul suivante : dans chacune des 2 maternités, un délégué va compter 1 point, chaque jour où il naîtra plus de 60 % de garçons. Au terme de 6 mois, avec cette méthode, cet expert pourra conclure qu'il naît plus de garçons que de filles dans la maternité A que dans la B, car la maternité A a totalisé plus de points. S'il avait comptabilisé toutes les naissances de garçons et de filles survenus lors des 6 mois dans chaque maternité, il aurait cependant observé qu'en moyenne il y a quasiment autant de naissance de garçons que de filles et ce, dans chacune des maternités. D'où vient la différence de résultats entre ces 2 modes d'évaluation ? Simplement, la maternité A faisant peu d'accouchements chaque jour, alors qu'il y naît, en moyenne autant de garçons que de filles, la probabilité qu'il y ait plus de 60 % de naissances de garçons certains jours, est plus élevée que celle qu'à la maternité B, faisant plus d'accouchements quotidiens. Quand on découpe en petites séries un résultat d'études, dans chacune des séries alors analysée, la probabilité d'un résultat aléatoire, non conforme aux résultats moyens globaux, est élevée.

• **L'utilisation de ce jeu, ou prendre les gens pour ce qu'ils ne sont pas forcément**

Ph. Even connaît-il ce principe de base et son exploitation possible à des fins manipulatoires ? En tout cas, il l'utilise pour appuyer son opinion selon laquelle les statines ne seraient pas bénéfiques. En effet, pour sa « démonstration », il va découper le résultat global de l'évaluation des statines (la moyenne des résultats enregistrés dans plusieurs études) en petites séries, c'est-à-dire, en une analyse étude par étude et événement par événement (en en retenant 4 : la mortalité totale, la mortalité cardiovasculaire, les IDM et les AVC). Chaque fois qu'une étude ne montre pas de résultat significatif

sur cet événement, il transforme le résultat obtenu en un moins (-) et chaque fois qu'il y a un bénéfice, il donne un plus (+). Avec ce mode d'analyse, il peut montrer que lorsque l'on prend les résultats de toutes les études, il y a finalement plus de - que de +. Et, donc qu'il y a plus d'études négatives que d'études positives, ce qui prouve donc selon lui, que les études ne démontrent donc pas que les statines sont bénéfiques. S'il avait, comme il est validé en termes d'évaluation de l'ampleur d'un effet, fait une moyenne des risques relatifs d'événements enregistrés dans toutes les études (comme lorsque l'on compte l'ensemble des naissances de garçons et de filles dans les maternités de notre exemple) il aurait mis en évidence, comme l'ont fait toutes les études de ce type (dénommées méta-analyses), un bénéfice global des statines et ce, sur chacun des critères qu'il a pris en compte. Manipulation ou incompétence?

Mais, il y a pire encore. Dans le même tableau où Ph. Even transforme des résultats chiffrés en + et en -, il y a deux éléments surprenants :

- le premier est qu'il y incorpore 2 études (les études STENO 1 et 2) qui ne permettent absolument pas de connaître l'effet potentiel des statines, ces études ayant comparé le pronostic de patients diabétiques traités de façon usuelle à celui de patients ayant une prise en charge multifactorielle : intervention diététique et exercice physique et prescription d'une molécule agissant sur le système rénine angiotensine, de multivitamines et d'aspirine et baisse de la pression artérielle et du cholestérol avec une statine. L'effet éventuel de la statine ne peut donc être isolé de celui de l'ensemble de la prise en charge proposée aux patients ;
- mais, l'élément le plus surprenant dans cette utilisation inappropriée des statistiques est qu'au moins dans une étude, l'essai CARDS, alors que le résultat est positif sur deux critères (le traitement évalué réduit significativement le risque d'IDM et celui d'AVC) Ph. Even attribue un - à chacun de ces résultats, augmentant de ce fait le nombre d'études négatives...
Incompétence ou manipulation ?

• Pourquoi ne pas continuer ?

Comme il est toutefois difficile de nier les évidences, Ph. Even reconnaît que les statines pourraient être utiles, mais alors de façon absolument mineure. Et, de nouveau, la statistique est utilisée sous son aspect manipulateur. Ainsi, Ph. Even estime que les statines sont inutiles dans plus de 99 % des cas. Voici son mode de raisonnement : dans le calcul de l'effet d'un traitement, il faut passer de la réduction relative du risque à sa réduction absolue, puis calculer cette réduction absolue par an. Encore, une fois on divise un résultat obtenu en 3 à 5 ans, en une plus petite série en ne retenant que son expression la plus faible

Et ainsi, Ph. Even peut écrire "*les essais 4S, LIPID et HPS affichent des réductions relatives en apparence spectaculaires de 42 %, 24 % et 25 %, dont les cardiologues se gargarisent, mais des réductions absolues rapportées au nombre de sujets traités, minuscules, de 1,4 à 3,5 % en 5 ans, soit 0,3 à 0,7 % par an, soit 99,3 à 99,7 % d'échecs*" (page 223). Certes, afficher une réduction relative du risque est toujours en apparence plus avantageux. Mais, si, comme dans le cas des statines, cette réduction relative du risque est constante, quels que soient les paramètres démographiques, lipidiques et cliniques des patients, la réduction absolue du risque va dépendre du niveau de risque des patients pris en charge. Ainsi par exemple, si la réduction relative du risque est de 30 % à 5 ans et que le niveau de risque absolu du patient pris en charge est de 50 % (c'est-à-dire qu'il a une probabilité de 50 % d'avoir un IDM dans les 5 ans à venir), la réduction absolue du risque (RAR) sera de 15 % ($50 \times 0,3$) et le nombre de patients à traiter pour éviter un événement sera de 6,66 ($1/\text{RAR}$) en 5 ans. C'est-à-dire qu'il faut traiter 6 à 7 patients pendant 5 ans pour éviter un IDM. On peut donc utiliser les statistiques dans plusieurs sens et au petit jeu choisi par Ph. Even, on peut aussi calculer la réduction absolue du risque par jour ou par seconde et non pas par an pour arriver à la démonstration d'un quasi 100 % d'échec.

En synthèse

Ph. Even souhaite démontrer qu'il n'y a pas de lien entre le cholestérol et le risque d'IDM et que les statines seraient donc un traitement inutile. Pour cela, il se propose de réanalyser les données scientifiques qui vont à l'encontre de son opinion. Mais il ne fournit aucune démonstration scientifiquement recevable. Ce qu'il estime être des démonstrations ne sont qu'une utilisation déformée des statistiques et des probabilités, témoignant soit d'une incompétence soit d'un désir manipulateur.

Plus encore, pour donner corps à ses tentatives de démonstration, il soutient que les données publiées dans des revues scientifiques à comité de lecture, sont obligatoirement fausses et manipulées parce que l'industrie pharmaceutique, dans sa quête de profit, aurait intérêt à ce que des données falsifiées soient publiées. Sur ce plan, son argumentation quitte le domaine éventuellement scientifique que le livre était censé emprunter et l'auteur donne alors libre cours à des inventions, des calomnies, des interprétations, des diffamations et à quelques mensonges.

Karl Popper a créé et défendu le concept selon lequel une science est une démarche qui produit des données réfutables. C'est-à-dire des données qui peuvent être invalidées par une nouvelle expérience. Il distinguait en cela les vraies des fausses sciences. Pour lui, sont de fausses

sciences, car non réfutables, le freudisme et le marxisme par exemple. Karl Popper distinguait aussi ceux qui réfutent les données scientifiques en fonction de l'origine et des caractéristiques de ceux qui les produisent, et ceux qui réfutent les données scientifiques par une nouvelle expérience ou expérimentation prouvant qu'elles sont fausses, donc réfutables. Ph. Even semble donc bien être au sens poppérien du terme un faux scientifique : il ne réfute pas des données scientifiques par de nouvelles expériences qu'il ne peut produire, mais tente de le faire par une manipulation des données lorsqu'il ne les invente pas afin que ces données correspondent à ce qu'il pense qu'elles devraient être. Plus encore, il tend à réfuter des données scientifiques en fonction des caractéristiques de leurs auteurs, c'est pour cela qu'il appuie lourdement la valeur de sa démonstration sur les conflits d'intérêts de ceux qui pensent différemment.

Le débat sur l'intérêt qu'il y a à diminuer le cholestérol est complexe, comme l'illustre le fait que plusieurs traitements qui diminuent le cholestérol ne diminuent pas le risque d'IDM et que, si le bénéfice des statines à diminuer le risque d'IDM et d'AVC est affirmé et paraît peu réfutable, ce bénéfice pourrait ne pas être en rapport avec la diminution du cholestérol. Là, où dans un livre intitulé « La vérité sur le cholestérol », on aurait pu s'attendre à l'exposé des termes de ce débat, il semble que son auteur ait choisi ce titre pour mener une croisade anti-statines. Comme toute croisade, elle se nourrit d'excès et d'approximations telles que l'on ne peut juger si son auteur a une réelle compétence scientifique ou s'il a cette compétence mais s'en sert à des fins manipulatoires. De ce fait, la méthode qu'il utilise ne permet absolument pas de soutenir la thèse qu'il souhaite défendre, voire l'invalidé.

Papier du Japon : Note de voyage au pays de Min-Iren et... du Bien Être

Par le D^r Éric May

Président de l'USMCS

La Fédération Japonaise des Institutions Médicales et Démocratiques (Min-Iren) a fêté son 60^e anniversaire le 23 août dernier à Tokyo. À cette occasion, ses dirigeants avaient invité des représentants d'autres organisations médicales internationales dont la Fédération Nationale de Formation Continue et d'Évaluation des Pratiques Professionnelles de Centres de Santé (FNFCEPPCS) et l'Union Syndicale des Médecins de Centres de Santé (USMCS) pour un travail d'analyses et d'échanges qui aura duré une semaine. Une semaine intense et riche d'enseignements.

Quelques éléments sur l'assurance maladie au Japon

Au Japon, il existe depuis 1961 un système d'assurance maladie universelle. Toute personne résidant au Japon a obligation de s'affilier à un des trois régimes d'assurance maladie qui le composent en fonction de sa situation :

- Le régime d'assurance maladie des salariés financé par des cotisations partagées à parts égales entre les employeurs et les salariés. Il concerne 56 % de la population. Il est géré par l'État pour les entreprises de 5 à 700 employés et par des sociétés d'assurance maladie privée (plus de 700 employés).
- Le régime public d'assurance maladie pour les personnes de moins de 75 ans ne relevant pas d'un régime de salarié. Géré dans la majorité des cas (90 % des assurés relevant de ce régime) par les municipalités, il est financé par les cotisations prélevées sur les revenus de l'assuré ou par l'impôt (90 % des autorités municipales ont opté pour la solution de l'impôt affecté).
- Le régime d'assurance maladie pour personnes âgées de plus de 75 ans (65 ans si l'intéressé présente un certain degré d'incapacité). Ce système est géré par les municipalités et a été mis en place en 2000. Toute personne résidant au Japon pendant au minimum 1 an, âgée de 40 ans ou plus, doit verser des cotisations en faveur du système d'assurance des soins de longue durée. Une partie du système est financée par ces cotisations. L'autre partie est financée par la fiscalité (nationale ou locale).
- Les deux régimes précédents concernent 34 % de la population japonaise.

Les Japonais doivent régler pour chaque acte médical, chaque soin, chaque prestation un reste à charge de 10

à 30 % selon le type de la prestation, l'âge et les revenus (pour les patients de plus de 70 ans). Il est en moyenne de 20 à 30 %. Une augmentation de ce reste à charge est programmée en 2013 par le gouvernement néolibéral japonais.

Démographie japonaise et démographie médicale japonaise, le contraste

Le Japon compte une population de 127 368 088 habitants pour une densité de 339,7 habitants/km² sur l'ensemble du Japon en 2009 et de 1 523 habitants/km² en ne considérant que les zones habitables. Plus de 50 % de la population vit sur 2 % du pays.

La démographie médicale est l'une des plus basses dans les pays développés: 184 médecins pour 100 000 habitants! Pour rappel elle est en France au 1^{er} janvier 2013 de 299 médecins/100 000 habitants pour 199 419 médecins en activité régulière.

L'espérance de vie y est de 81 ans pour les hommes, presque 88 ans pour les femmes (la plus élevée au monde).

Le système de soins japonais

Il repose sur la coexistence de 3 formes d'exercice médicale :

- la pratique ambulatoire solo en cabinet (environ 30 % des médecins): particularités: le médecin est aussi pharmacien et en tire une part non négligeable de ses revenus (15 %); par ailleurs le médecin généraliste, médecin traitant coordonnateur du parcours de soins n'existe pas au Japon. Les médecins ont une formation commune de type interniste qu'ils complètent par une ou plusieurs spécialités.
- L'hôpital (62 % des médecins): seulement 30 % des lits sont en hôpital public. Il est à noter la place particulière, au regard d'autres pays développés, que tient l'hospitalisation au sein du système de soins japonais qui contrairement aux autres pays de l'OCDE, continue de s'élever au Japon.
- Les « clinics »: forme intermédiaire entre hôpital et structure ambulatoire, elles sont gérées par des médecins ou des associations. Présentes sur tout le territoire, constituant quantitativement 85 % des établissements de santé, elles ne représentant que 13 % de

l'offre d'hospitalisation au Japon. Elles évoluent en réduisant leurs activités d'hospitalisation et en développant l'offre de soins ambulatoires en particulier la chirurgie ambulatoire. Les « clinics » peuvent s'apparenter à nos centres de santé.

Histoire de Min-Iren

Aux lendemains de la seconde guerre mondiale, le Japon traverse une période de crise économique, sociale et sanitaire qui touche une majorité de la population : pauvreté, famine, chômage, les conditions sanitaires se dégradent avec pour conséquence une augmentation considérable des maladies épidémiques.

C'est dans ce contexte que s'organisa un mouvement qui rassembla médecins, infirmières, citoyens fondé sur les valeurs de la solidarité et de la démocratie et qui se donna pour objectif le développement d'une médecine sociale pour les travailleurs, les agriculteurs et tous les citoyens japonais. Min-Iren était ainsi créé officiellement en 1953, réunissant 117 hôpitaux et œuvres médico-sociales dans une structure fédérative à but non lucratif qui s'apparente par ses statuts à une association de type coopérative ou aux mutuelles à leur origine.

En 1961, Min-Iren publie son manifeste :

Program of the Japan Federation of Democratic Medical Institutions (MIN-IREN) (October 29, 1961)

Our hospitals and clinics are medical institutions for working people.

1. We provide medical care characterized by its quality and the kindness with which we treat our patients, and we participate in efforts to protect the lives and health of working people.

2. We always respect academic freedom, study the latest achievements of medicine, promote international exchanges, and endeavor constantly to improve and develop medical care.

3. We defend the livelihood and rights of the staff, work to democratize management, strengthen cooperation with the people of the community and in the workplace, and push ahead with the movement to protect health.

4. We struggle for the establishment of a comprehensive social security system with the State and capitalists bearing all costs, and to democratize the whole medical system.

5. We oppose war, which destroys lives and the health of humankind. In order to realize these goals, we build solidarity, work for a united medical front, and carry on activities in cooperation with all democratic forces which aim at independence, democracy, peace, neutrality and the improvement of living.

Min-Iren connu depuis 1953 un développement qui l'amena à intervenir sur une grande partie du territoire japonais avec une implantation importante dans les régions de Tokyo, Kyoto, Kobe, Osaka. Au fil de l'histoire de la deuxième moitié du XX^e siècle et de ce début de XXI^e siècle, les équipes médico-sociales de Min Iren sont intervenues lors des nombreuses catastrophes sanitaires qu'a connues le Japon :

- Dès 1956, elles participèrent à l'identification de l'origine industrielle de l'intoxication mercurielle, cause de la maladie dite de Minamata qui a touché la population de la Baie du même nom. Min-Iren participa à la prise en charge des victimes et à leur combat pour leur reconnaissance par l'État japonais, à ce jour 15 000 victimes indemnisées, 25 000 en attente de reconnaissance...
- En 1995, Min-Iren est avec ses équipes auprès des populations touchées par le tremblement de terre de Kobe (près de 6 500 morts, des dizaines de milliers de blessés).
- En mars 2011, les équipes de Min-Iren sont à pied d'œuvre pour secourir les populations touchées par le séisme et le tsunami à l'origine de 18 000 morts et disparus et de l'accident nucléaire de Fukushima (près de 200 000 personnes évacuées et aujourd'hui toujours déplacées d'un rayon de 30 km autour de la centrale).

Min Iren en 2013

• Min Iren en chiffres :

La Fédération Min-Iren gère aujourd'hui des associations à l'exemple de l'association Toto à l'est de Tokyo ; elles gèrent plus de 1 735 établissements : hospitaliers (155), « clinics » (600), médico-sociaux (400), pharmacies (310) et de formation professionnelle dans le champ sanitaire et social (plus de 300).

Le modèle économique de Min-Iren est original puisqu'il repose sur la mise en commun des recettes de toutes les activités du groupe auxquelles s'ajoute la contribution des 3 millions de « supporters ». Ainsi, si beaucoup des activités d'hospitalisation et surtout médico-sociales sont déficitaires, le réseau des pharmacies de Min-Iren, excédentaire, participe efficacement à l'équilibre de la fédération. Ce sont plus de 100 000 personnes, dont 3 500 médecins, 23 000 infirmières qui travaillent chaque jour dans les établissements de Min-Iren.

Dans l'offre de soins japonaise, Min-Iren a la charge de 1,5 % du nombre de lits d'hospitalisation du Japon. Elle emploie près de 2 % des médecins et infirmières du Japon. Chaque jour, 90 000 patients sont pris en charge par Min Iren dont 25 000 dans ses hôpitaux.

Min Iren, c'est aussi près de 3 millions de « supporters », membres de la fédération, contribuant à ses activités, soit en y participant directement dans

un cadre coopératif via par exemple des associations de quartier soit en les finançant par leurs dons.

- **Des valeurs, un modèle de démocratie sanitaire, formation et éducation populaire, médecine sociale :**

La fédération Min-Iren est à but non lucratif. Elle porte avec ses équipes des valeurs de solidarité et milite pour un système social et sanitaire qui assure l'accès à la santé et aux soins de qualité pour tous les Japonais. Dans un pays où le secteur privé lucratif est en pleine expansion y compris dans les hôpitaux publics et où l'assurance maladie laisse un reste à charge considérable aux usagers, Min-Iren a mis en place à travers les œuvres sociales qu'elle gère, les conditions d'une accessibilité sociale aux soins de qualité pour tous en contribuant par exemple à réduire parfois totalement la part du ticket modérateur à la charge des patients.

Elle a mis en œuvre un modèle sans doute unique dans les pays de l'OCDE de fonctionnement démocratique de ses institutions et de ses structures. Cela débute par la réalisation des structures sur des territoires, des quartiers, qui ne se fait que par la contribution directe et initiale des citoyens en réponse à leurs demandes et à leurs besoins. Cela se poursuit par la place donnée aux militants supporters présents à tous les niveaux de gouvernance de l'organisation et des structures.

Il faut souligner la place de la formation et de l'éducation populaire dans les missions de Min Iren :

Pour la première, elle se traduit par une politique active de formation médicale initiale par l'attribution de bourses d'études aux étudiants, internes en médecine, élèves infirmières qui font leur cursus dans leurs hôpitaux et écoles. En contrepartie, ces étudiants exercent dans les établissements de Min-Iren l'équivalent du nombre d'années d'études financées.

Min-Iren accueille aussi les étudiants étrangers du Viet Nam et de la Corée du sud en particulier dans le cadre d'une coopération qui s'enrichit un peu plus chaque année.

L'éducation populaire sanitaire et sociale est organisée par toutes les associations de quartiers affiliées à Min-Iren. Elle est une des traductions les plus significatives du modèle de démocratie sanitaire prôné par Min Iren : il n'y pas d'exercice démocratique possible dans le champ sanitaire sans savoir...

Enfin, le modèle démocratique et les valeurs portées par Min-Iren se traduisent par la promotion et la pratique d'une médecine sociale et globale centrée sur le patients et fondée sur l'échange coopératif soignant-usager.

- **Pratiques médicales de Min Iren : qualité, objectif « bien être »**

La qualité du service à l'utilisateur est une exigence pour toutes les équipes de Min-Iren. Elle est obtenue par un niveau de formation des soignants qui n'a rien à envier à celui des médecins et soignants français. Le niveau des équipements des établissements de Min Iren est aussi impressionnant : par exemple un hôpital de proximité de Tokyo géré par l'association Toto assurant consultations externes et hospitalisation (médecine et chirurgie générale, 90 lits) est équipé d'un scanner et d'une IRM.

L'exercice médical salarié à la fonction des équipes de Min-Iren est garant de cette qualité. Il est fondé sur les pratiques d'équipe, coordonnée, dans un rapport non hiérarchisé avec le patient. Il est guidé par une exigence, permanente, celle du consentement éclairé et de l'alliance thérapeutique : les équipes de Min-Iren ont fait leur, le principe du « patient acteur de sa santé » et mieux, le mettent concrètement en œuvre.

Toutes les pratiques et l'organisation de la prise en charge des usagers des services de Min-Iren sont sous-tendues par un seul objectif : la recherche du « bien être » des usagers, des patients en prenant en compte toutes les composantes qui impactent leur santé, sociales, professionnelles, familiales, environnementales... Un objectif décliné de façon originale mais tout à fait comparable aux objectifs portés par le mouvement des centres de santé français.

- **Les clinics de Min-Iren et les centres de santé français : d'évidentes convergences**

Min-Iren s'est approprié le modèle des clinics japonaises pour mieux les transformer en structures innovantes s'articulant, dans le cadre d'un service social et solidaire que l'on qualifierait de service public en France, entre l'hôpital et l'offre ambulatoire japonaise traditionnelle dont l'archaïsme n'a rien à envier à la médecine libérale française.

Si les clinics de Min Iren ont pour certaines d'entre elles encore des lits de courte hospitalisation, elles s'orientent aujourd'hui vers le développement d'une offre polyvalente, associant médecine de premiers recours (basée sur un médecin traitant coordonnateur des soins), chirurgie dentaire et services de soins infirmiers intervenant à domicile. Ces clinics ne diffèrent pas dans leur champ d'action ambulatoire du modèle des centres de santé français polyvalents. Elles en partagent les valeurs, les pratiques, les missions et les objectifs. Confrontées aux mêmes enjeux de santé publique que les centres de santé français (crise économique et sociale, vieillissement de la population, démographie médicale en baisse), elles ont adopté les mêmes modes d'organisation pour offrir l'accès aux soins de qualité pour tous.

- **Min Iren, une organisation militante à l'action politique nationale et internationale :**

C'est d'abord un acteur qui intervient dans la vie politique japonaise et promeut un système de sécurité sociale plus solidaire dont la référence clairement affichée est la Sécurité sociale française de 1945.

Mais l'action de Min-Iren ne se limite pas au seul champ sanitaire et social. Elle inscrit son action dans le mouvement japonais et international pour la paix dans le monde et contre le nucléaire tant civil que militaire. Aujourd'hui, pour les membres de Min-Iren, après Hiroshima, Tchernobyl et Fukushima, la question de la pertinence du nucléaire ne se pose plus : il n'y a pas d'autres choix pour eux que l'abandon total de technologies non maîtrisées qui menacent l'humanité.

Conclusion : vers une Fédération Internationale des associations démocratique de médecine sociale...

Ces 7 jours passés avec les dirigeants de Min-Iren, les membres de leurs équipes hospitalières, de leurs établissements de formation, de leurs clinics, avec les « supporters » et les militants, mais aussi avec les élus progressistes qui les soutiennent ont fait naître au décours de nos échanges le besoin partagé de rassembler au sein d'un mouvement identifié, d'une Fédération internationale par exemple, toutes les organisations et acteurs promoteurs d'une médecine sociale et humaniste dans le monde. Les dirigeants de Min-Iren et nous-mêmes nous sommes donnés l'horizon 2014/2015 pour créer ensemble cette organisation qui aura pour objectif la promotion des pratiques médicales globales et sociales, des projets de recherche communs, les échanges d'information, la formation des équipes... Une première étape à la construction de cette fédération est déjà fixée : cela sera la venue d'une délégation de Min-Iren au Congrès National des Centres de Santé en octobre 2014.

Demandes de soins non programmés et services d'urgences, le cas du projet de nouvel Hôtel-Dieu à Paris

Par le D^r Alain Beaupin

Président de la Confédération des syndicats de médecins salariés de France

Roselyne Bachelot est entrée dans l'histoire pour sa gestion de la grippe en 2009 et ses fameux *vaccinodromes*. Le projet de *consultodrome* de l'Hôtel-Dieu hissera-t-il Marisol Touraine et Claude Evin au niveau de notoriété de Roselyne Bachelot? Telle est la question que nous nous proposons de discuter.

1. Médecins de ville et urgentistes : différents et complémentaires

Les urgentistes disposent d'une forte notoriété au sein de la population, ils sont légitimement fiers du travail qu'ils accomplissent, ils commencent à être mieux reconnus au sein de la communauté médicale hospitalière, ils sont devenus des spécialistes à part entière, exerçant une spécialité distincte de la médecine générale, les caractéristiques de leur patientèle font l'objet de travaux périodiques⁽¹⁾. Ils prennent en charge des urgences, parfois vitales, et organisent l'entrée dans le circuit hospitalier. Ils contribuent à rassurer des patients venus à l'hôpital avec la crainte, infondée a posteriori, d'avoir quelque chose de grave. Ils sont salariés et disposent depuis Jack Ralite d'un statut de praticien hospitalier convenable⁽²⁾.

Les généralistes sont eux aussi désormais des spécialistes. La médecine de premier recours, celle qu'ils exercent, a été reconnue par la Loi⁽³⁾. Ils ont réussi à se doter d'un collègue qui représente leur discipline⁽⁴⁾. Ils voient leur métier profondément évoluer. Avec ce qu'il est convenu d'appeler *la transition épidémiologique* ils consacrent la majorité de leur action à la prise en charge des patients porteurs de maladies chroniques. La notion de médecin traitant s'applique à eux au premier chef. Leur profession a été profondément remaniée par deux évolutions sociologiques : la féminisation, et les nouveaux arbitrages entre vie personnelle et vie professionnelle⁽⁵⁾.

Les généralistes sont désormais confrontés au décalage croissant entre leurs besoins professionnels et l'archaïsme des conditions d'exercice. L'exercice isolé selon un mode dit libéral, ainsi que la rémunération essentiellement à l'acte, forment des obstacles sur le chemin des évolutions en cours.

Spécialités différentes, soins de premier recours d'un côté, parfois imprévus, urgences perçues, parfois vitales, de l'autre, généralistes et urgentistes exercent des métiers différents et prennent en charge des populations différentes par la prévalence des pathologies rencontrées. Ils inscrivent leur action, comme on va le voir, dans des cadres distincts et bien définis.

2. Les aléas de la permanence des soins ambulatoires (PDSA)

La représentation mentale du métier de généraliste chez ses membres comme auprès de la plupart des institutions de la santé ou des patients reste pour l'essentiel fondée sur un modèle en voie d'extinction, le médecin de sexe masculin dont l'épouse répond au téléphone, exerçant seul du lundi au samedi, assurant les urgences à domicile au sein d'un *tour de garde* ancêtre de la PDSA. On se gardera bien ici de reprocher aux généralistes leur réticence à entrer dans la modernité, lorsque celle-ci prend la forme de réseaux de soins assurantiels⁽⁶⁾, de démarche qualité normative et autres organisations inefficaces⁽⁷⁾. Elle contribue cependant aux hésitations des politiques publiques sur la réponse organisée à la demande de soins non programmés, inscrite dans la PDSA, et son articulation avec les services d'urgences.

Année après année les rapports s'accumulent, les réformes se succèdent, et la médecine de ville, malgré tous ses efforts, réduit son influence dans le domaine de la permanence des soins⁽⁸⁾. À Paris un appel au centre 15 pour

¹ Journée d'enquête nationale sur les structures des urgences hospitalières du 11 juin 2013, DRESS 2013, résultats à venir, <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud125.pdf>

² <http://www.amuf.fr/>

³ Art 36, Loi du 21 juillet 2009, dite HPST

⁴ http://www.lecollegedelamedecinegenerale.fr/liste_composantes.html

⁵ Au sein d'une abondante bibliographie on peut citer, « Singuliers généralistes, sociologie de la médecine générale », sous la direction de Géraldine Bloy, François-Xavier Schweyer, Préface de Claudine Herzlich, Éditions Presses de l'EHESP, 2013.

⁶ L'UFML mène la bataille contre les réseaux mutualistes, UFML, 1^{er} août 2013

⁷ « La revanche du rameur », Dominique Dupagne, Michel LAFON ed., février 2012

⁸ Permanences des soins et système des urgences médicales en France, Patrice Blemond, Christian Favier, Collection les indispensables, Berger-Levrault éditeur, 2012.

un souci sérieux se solde souvent par l'envoi d'une ambulance, rouge ou blanche, quand on se satisfaisait, il y a encore quelques décennies, de voir arriver dans l'heure un médecin de ville. Les services d'urgences accueillent de plus en plus de patients, pour la plus grande satisfaction des gestionnaires hospitaliers qui engrangent toujours plus d'actes. Il est un fait bien établi : les médecins de premier recours sont de moins en moins confrontés aux urgences vitales⁽⁹⁾, tandis que la fréquentation des urgences hospitalières s'accroît régulièrement, pour de multiples raisons qui tiennent probablement à l'élévation du niveau d'exigence de la population, mais aussi à la disponibilité, à l'accessibilité financière, et à la compétence perçue. Ajoutons que malgré leur bonne volonté, les maisons médicales de garde, dont on attendait qu'elles freinent le phénomène, ont eu un impact mitigé sur le nombre de passage aux urgences, y compris lorsqu'elles sont hébergées au sein d'un hôpital⁽¹⁰⁾.

3. Le réalisme de l'ARS Ile-de-France en matière d'urgences et de soins non programmés

L'Agence Régionale de Santé d'Île de France distingue clairement les structures d'urgences des adultes ou des enfants de l'organisation des soins non programmés. Le volet hospitalier du schéma régional d'organisation des soins (SROS) envisage notamment à Paris une stabilité du nombre des structures des urgences adultes⁽¹¹⁾, tandis qu'une valorisation de la PDSA est envisagée par le volet ambulatoire⁽¹²⁾.

L'organisation française de la réponse aux demandes de soins non programmés est en effet peu lisible. Elle est très variable selon le lieu et l'heure de formulation de la demande. Selon les circonstances, la permanence sera assurée (ou non) par une maison médicale de garde, un service d'aide médicale initiale jusqu'à minuit, une antenne de SOS médecins ou des services analogues. Elle sera régulée ou pas. Un médecin exerçant en station de sports d'hiver⁽¹³⁾ devra être prêt à gérer des situations aiguës, en lien avec le SAMU, lorsque les conditions météo interdisent tout transport terrestre ou aérien, un médecin de centre de santé de Guyane sera confronté à des accouchements, tandis que son homologue parisien

exercera exclusivement en consultation au cabinet, aux heures ouvrables.

Les missions respectives de la PDSA et des services d'urgence sont donc clairement distinctes. Elles sont assurées par des professionnels aux qualifications différentes. Lorsque la PDSA élargit ses attributions vers la prise en charge des urgences vitales, c'est dans un cadre bien défini, habituellement marqué par l'isolement géographique. Rien à voir avec la situation du centre de la ville capitale.

4. Le projet de nouvel Hôtel-Dieu, le *consultodrome*

Un mot sur la situation sanitaire dans la capitale. Le constat n'est pas discuté : l'offre de soins de ville à Paris est insuffisante, les perspectives démographiques médicales sont sombres, l'articulation avec l'hôpital indigente. Conséquences pour la population : impossibilité d'accéder à certains soins aux tarifs de la Sécurité sociale, creusement des inégalités sociales de santé, circuits de soins erratiques, omissions d'informations médicales utiles à la bonne prise en charge des patients. Au mieux des désagréments et du gaspillage de moyens aux frais de l'assurance maladie, au pire des pertes de chance et des « événements indésirables, » comme il est convenu de dire en langage déshumanisé.

C'est dans ce contexte que l'AP-HP décide de fermer les urgences de l'hôtel-Dieu, très fréquentées et irréprochables à tous points de vue, médical, technique ou organisationnel. L'AP-HP ferme l'une des activités piliers de l'hôpital public, l'accueil des urgences. Ce faisant, elle reporte sur d'autres services d'urgences parisiens l'importante activité des urgences de l'hôtel-Dieu. En contrepartie, elle annonce l'ouverture d'une consultation médicale ouverte 24 heures sur 24. Cette consultation ne serait pas dédiée à l'accueil d'urgences. Elle relèverait selon l'AP-HP de la « *permanence de soins ambulatoires*⁽¹⁴⁾ ». Elle consisterait en « *une présence médicale tous les jours, toute la journée et toute la nuit,* » sous forme de « *consultations sans rendez-vous de médecine générale avec une garde médicale de nuit. Ces activités sont assurées par des médecins ayant une expérience des urgences et des médecins généralistes*⁽¹⁵⁾. »

La promesse est sans ambiguïté, il s'agit de proposer « un accès rapide et modernisé aux soins, 24h/24, 7j/7 au tarif de la Sécurité sociale^{id.} ». L'initiative est présentée par ses promoteurs comme particulièrement innovante. Innovant, c'est le terme qui convient puisqu'il s'agirait

⁹ Urgences et médecins de premier recours : quelles perspectives ? Quelles formations ? Staeger P., Amstutz V., Perdrix J., Carron P.-N., Cartier T., Cornuz J., Revue médicale suisse, 2012/11/28, vol 8, n° 364, 2266-2271.

¹⁰ IGAS, Rapport d'évaluation de la consultation pédiatrique sans rendez-vous de l'hôpital Robert Debré de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, n° 2004-103, juillet 2004.

¹¹ ARS Île de France, Schéma régional d'organisation des soins 2013-2017, volet hospitalier, p. 111.

¹² ARS Île de France, Schéma régional d'organisation des soins 2013-2017, volet ambulatoire, p. 23.

¹³ www.mdem.org

¹⁴ Rapport de préfiguration de l'hôpital universitaire de santé publique, Volet Soins et Volet Universitaire, P^e Jean-Yves FAGON et Pr Pierre LOMBRAIL, mars 2013, AP-HP, p. 15.

¹⁵ <http://www.aphp.fr/projethotel Dieu/les-soins/> site consulté le 17 août 2013.

de confier à l'AP-HP, c'est-à-dire à l'hôpital, l'organisation de la PDSA, responsabilité historique de la médecine de ville, avec la participation de libéraux volontaires. Sans préjuger du bien fondé éventuel d'une telle rupture conceptuelle, on peut se demander si ses promoteurs en ont mesuré toutes les conséquences. Le SROS lui-même, pourtant issu d'une très large concertation associant tous les acteurs, toutes les expertises et toutes les bonnes volontés n'a pas envisagé un tel cas de figure, tant dans son volet ambulatoire que dans son volet hospitalier.

5. Un échec annoncé

Il n'entre pas dans notre domaine de compétence de livrer une quelconque prédiction sur le devenir de la prestation imaginée par l'AP-HP. Il est cependant de notre devoir d'attirer l'attention sur quelques questions fondamentales soulevées par le concept, et d'identifier les effets pervers les plus prévisibles, y compris collatéraux.

- **Le risque de perte de chance**

Le premier risque, le plus immédiatement apparent, est celui de la perte de chance pour des patients relevant de l'urgence médicale qui se présentent par erreur dans ce lieu de consultation. Ce risque est de même nature que celui du patient qui se rend au cabinet de son médecin ou dans un centre de santé. Il faut réorienter le patient, si besoin en faisant appel à un transport médicalisé. Se pose évidemment la question du délai nécessaire à l'identification du caractère urgent de la demande notamment en cas d'affluence. Un tri médicalisé gèrerait ce risque, mais alors le service commencerait à s'apparenter à un véritable service d'urgence.

On peut émettre l'hypothèse que pour le grand public le risque de confusion de cette consultation 24/24 et 7/7 avec un véritable service d'urgence hospitalier sera plus important pour une activité qui s'inscrit dans le cadre physique d'un hôpital, que le projet nomme un *Hôpital universitaire de santé publique*. À beaucoup promettre on s'expose à générer des attentes infondées et des prestations inadaptées.

- **Une belle vitrine, mais un magasin vide**

Seconde difficulté, elle tient à la nature des examens complémentaires disponibles dans le cadre de cette permanence de soins ambulatoires. L'imagerie et la biologie ont en effet profondément modifié la performance d'une médecine qui s'exerce de moins en moins à mains nues. Encore faut-il que ces examens complémentaires soient disponibles dans un délai compatible avec l'état de santé des patients. À défaut, une fois encore, le patient serait exposé à une perte de chance. On nous répondra peut-être que tous les examens seront disponibles 24/24 et 7/7, imagerie plane ou en coupe, ultrasons, biologie

médicale. Mais alors on se rapprocherait à nouveau d'un service d'urgences hospitalier.

- **L'aspirateur à consultations**

Le troisième risque serait de constituer un aspirateur à consultants, déséquilibrant le déjà fragile dispositif de soins de premier recours parisien. Du point de vue des exigences de la médecine de parcours, avec le médecin traitant comme pivot, c'est probablement le risque le plus sérieux, impactant négativement la santé publique. Dans notre pays, un des enjeux est en effet de mieux aider les patients à se repérer dans le système de soins pour être mieux pris en charge. À bon droit, l'axe numéro 5 du SROS ambulatoire préconise de « *développer la transversalité et favoriser la fluidité du parcours de soins*⁽¹⁶⁾. » À la clé, on attend une diminution des recours multiples, répétitifs et parcellaires, au profit de prises en charge qui s'inscrivent dans la durée, à travers toutes les composantes, éducatives, thérapeutiques et préventives, d'une bonne démarche médicale.

Si l'on se place du point de vue d'un patient confronté à un besoin ressenti, présumé peu grave, pourquoi devrait-il attendre le lendemain matin, voire prendre un rendez-vous ou même attendre en salle d'attente si on lui offre à l'*Hôpital Universitaire de Santé Publique* une consultation immédiate « *au tarif de la Sécurité sociale* » donc gratuit s'il est bénéficiaire de la CMU complémentaire, de l'Aide Médicale d'État, d'une exonération au titre d'une ALD ou d'une invalidité, ou encore d'une assurance complémentaire?

Et tant pis pour le travail des professionnels et des équipes qui s'efforcent d'éduquer les patients au bon usage des soins.

- **La dérive vers une fast-médecine**

Quand bien même ce phénomène d'attraction inappropriée ne toucherait qu'une minorité de la population exposée, il ne manquerait pas d'être préoccupant. Du point de vue sanitaire comme du point de vue des dépenses de l'assurance maladie. On ne peut s'empêcher de redouter dans le projet de consultation médicale ouverte 24/24 et 7/7 une dérive vers une forme de médecine de consommation rapide, une fast-médecine comme il existe des fast-foods, pas forcément nuisibles au cas par cas, mais dont le bilan sanitaire final restera globalement négatif.

- **Une évaluation biaisée**

Conscients des insuffisances de leur projet, les promoteurs se défendent parfois en expliquant qu'il ne s'agit

¹⁶ p. 86

que d'un projet expérimental et que c'est leur faire un procès d'intention que de les critiquer avant qu'ils ne lui aient donné toute son ampleur. Si d'aventure l'expérience n'était pas concluante, veulent-ils croire, il y serait mis un terme. Mais que sait-on des critères sur lesquelles l'expérience serait évaluée? Dans un système de santé au sein duquel les économistes nous enseignent que *l'offre crée le besoin*, un éventuel succès de fréquentation n'influencerait-il pas le jugement dans un sens écrit par avance? Quel gestionnaire serait assez altruiste pour mettre un terme à une activité qui s'avérerait rentable à court terme, au motif qu'elle le serait aux dépens de l'Assurance maladie et au prix d'un médiocre rapport coût-bénéfice? La Mutualité française a récemment montré toute l'actualité de ce risque⁽¹⁷⁾.

6. Des effets collatéraux inattendus: un risque de déstabilisation des soins ambulatoires au niveau régional, voire national

Si l'on veut bien retenir avec nous l'hypothèse que le pari des promoteurs est gagnant à tout coup et que l'expérience sera donc jugée positive, il restera alors à passer à la phase suivante, la généralisation. Il serait en effet injuste de priver le reste de la population parisienne des bienfaits d'un tel dispositif. Tout comme il serait injuste d'en priver le reste de l'Île de France et pour tout dire l'ensemble du territoire national. Nous n'insisterons pas.

On voit ainsi que derrière ce dossier qui pouvait apparaître comme un très local, voire opportuniste, destiné à habiller une décision de restructuration hospitalière dictée par d'autres impératifs, se dissimulent des enjeux significatifs pour l'organisation nationale des soins de ville.

Reconnaissons aux auteurs de la proposition de consultation 24/24 et 7/7 un mérite, celui d'avoir soulevé à leur manière, fautive selon nous, la question de la disponibilité et de la lisibilité de l'offre de soins non programmée. Mais cette question générale, au demeurant bien identifiée par la population, par les acteurs du premier recours et par l'ARS Île de France mérite un débat public, posé et réfléchi, inscrit dans un cadre territorial bien défini, avec la participation de toutes les parties prenantes. Le moment est venu de dépasser les quelques intérêts aujourd'hui à l'initiative.

Annexe: les éléments contextuels

L'AP-HP a décidé de regrouper ses moyens immobiliers. Elle vend son siège de l'avenue Victoria et traverse

la Seine pour s'installer dans les très convoités bâtiments historiques occupés jusqu'ici par l'Hôtel-Dieu. Elle n'occupera pas tout l'espace, mais affirme que les surfaces restant disponibles ne sont pas suffisantes pour maintenir un hôpital de proximité au cœur de Paris, offrant toutes les fonctions essentielles pour le quartier à commencer par un service d'urgences polyvalentes conforme aux règles de l'art. En accord avec la Mairie de Paris, elle décide de fermer l'Hôtel-Dieu.

Quelle fonction assigner à ces mètres carrés inutilisés? Quelle compensation pourrait tenir lieu pour la population de contre partie à la perte d'un hôpital? Comment rendre l'opération politiquement acceptable? Telle est la problématique à laquelle l'AP-HP est confrontée.

L'AP-HP aurait pu profiter de l'occasion pour s'interroger sur ses orientations stratégiques.

- Ne faut-il pas mettre un terme à la fuite en avant hypertechnologique qui pousse à la création de mastodontes, au détriment de la proximité sociale pour le patient et du lien avec le médecin traitant de terrain?
- L'AP-HP ne devrait-elle pas s'inspirer de la SNCF, bien connue de Madame Mireille Faugère, qui a décidé, dix jours avant l'accident ferroviaire de Brétigny, de dire stop au tout TGV pour enfin réhabiliter les lignes classiques. Madame Touraine ne devrait-elle pas l'y encourager⁽¹⁸⁾, pour enfin tourner la page des logiques destructives de l'ère Bachelot?
- Pour un Claude Le Pen ou un Guy Valencien qui tiennent bon⁽¹⁹⁾, combien de professionnels croient encore aux mythes du « médecin ingénieur », de la « médecine industrielle », de « l'hôpital entreprise », ces dogmes hâtivement bâtis censés décrire la croissance des possibilités techniques offertes à la médecine, mais qui perdent de vue l'objet qu'ils prétendent décrire, la médecine⁽²⁰⁾. Et sa finalité, l'humain. L'AP-HP ne serait-elle pas bien inspirée de revisiter les mythes?
- N'est-il pas temps de mettre fin, en France aussi, à la dépendance intellectuelle et matérielle des élites académiques vis-à-vis des lobbies des industries biomédicales⁽²¹⁾? Est-il conforme à l'intérêt général de tolérer que ses praticiens fassent financer par des tiers leur participation aux congrès de leur spécialité⁽²²⁾? L'AP-

¹⁷ Voir le document <http://www.mutualite.fr/L-actualite/Soins/Assurer-la-viability-financiere-des-nouveaux-centres-de-sante> et les réactions publiques. Le crépuscule de la mutualité française, USMCS, 20 mars 2013, <http://www.lescentresdesante.com/breve83.html> et aussi <http://www.egora.fr/sante-societe/accès-aux-soins/160390-centres-de-santé-mutualistes-faire-du-pognon-avant-tout>

¹⁸ Qui est vraiment Frédéric Cuvilier? Le Monde, 27 juillet 2013

¹⁹ La médecine devient-elle industrielle? André Grimaldi, 18 juillet 2013

²⁰ Où en est le collège de la médecine générale, Beaupin A, Médecine. 2013; 9 (5):196-8

²¹ La corruption de la science médicale américaine, Marcia Angell, books.fr, mars 2009

²² Rapport IGAS sur la formation médicale continue, Bras, Duhamel, novembre 2008

HP doit-elle continuer à être l'un des piliers du complexe médico-industriel⁽²³⁾ ?

- Les pistes ne manquent pas. L'AP-HP est riche de multiples marges de progression. Le projet Hôtel-Dieu est l'occasion de remettre à plat des habitudes et d'innover en matière d'hospitalisation, son cœur de métier. L'hospitalisation à l'AP-HP est-elle toujours suffisamment inscrite dans les trajectoires de santé des patients ?

Au lieu de travailler à devenir meilleure dans son métier, l'AP-HP décide d'en sortir. Elle s'aventure sans filet de sécurité dans des métiers qui ne sont pas les siens, la médecine de ville et la prévention. Le projet de consultation 24/24 et 7/7 de nouvel Hôtel-Dieu en est l'illustration.

²³ Le Complexe médico-industriel, Attac, Mille et une nuits, septembre 2003

La procréation médicale assistée : retour sur le réel

Par le D^r Michel Limousin

Centre de santé de Malakoff

Paradoxalement la controverse sur le « mariage pour tous » a mis en avant dans le débat public la question de la PMA au travers des problèmes de l'adoption et plus largement de la filiation. Une aspiration de certains pour des voies artificielles de procréation qui puissent contourner la nature s'est manifestée. La question alors n'est plus seulement celle d'une aide à la résolution d'une infertilité pathologique d'un couple hétérosexuel mais celle d'une infertilité liée à l'orientation homosexuelle des individus. Les débats suscités de façon surprenante ont été empreints d'une grande foi dans les possibilités de la technique médicale et se sont centrés sur l'aspect éthique. La dispute a porté sur les aspects politiques; les mobilisations d'opposants au mariage pour tous – ce qui est une autre question – se sont largement appuyées sur ce point.

Qu'en est-il aujourd'hui? A-t-on un bilan de l'expérience de la PMA à ce jour? Quels sont les problèmes concrets qui se posent?

La naissance d'Amandine en 1982 a marqué le début en France de la PMA. Depuis, ce sont plus de 50 000 enfants qui naissent ainsi dans notre pays; 5 % des naissances en incluant les stimulations ovariennes sans FIV sont concernées. Trois millions d'enfants sont nés de par le monde depuis l'apparition de la PMA, et 200 000 par fécondation in vitro (FIV). D'autres techniques ont vu le jour comme l'ICSI (intra-cytoplasmic sperm injection: injection d'un seul spermatozoïde dans l'ovule; 60 % des FIV aujourd'hui), l'IMSI (intra-cytoplasmic magnified sperm injection: utilisation d'un microscope puissant pour sélectionner le spermatozoïde), la MIV (maturation in vitro), le don d'ovocytes, la conservation de tissus ovariens et le don d'embryon congelé. La gestation pour autrui (non autorisée en France) a presque toujours recours à une PMA.

De nouvelles techniques se sont développées dans les suites de la FIV: production d'ovocytes par stimulations hormonales, manipulation des gamètes in vitro, nouveaux milieux de culture, maturation in vitro. À ce jour, nous n'avons pas d'études solides qui permettent d'évaluer l'impact sur le développement à long terme des enfants. Seuls trois centres de références existent en France et la littérature internationale ne permet pas non plus de conclure. Le problème est vraiment le suivi des enfants.

Globalement en France l'impression est que cela se passe dans de bonnes conditions; il y a un peu plus de complications périnatales que pour les grossesses spontanées. Les risques identifiés sont faibles mais mal connus. Ces risques sont polymorphes. Ils tiennent d'abord à ce que l'âge de la femme enceinte est plus important que la moyenne car elle a d'abord « essayé » d'avoir un enfant naturellement; ces risques ne se différencient pas en ceci du risque des autres femmes, enceintes de façon naturelle, mais du même âge. On peut dire que le risque de malformation est corrélé à l'âge de la femme; l'impact de la PMA n'est pas vraiment connu car de toute façon, il est faible.

Les complications périnatales sont assez bien identifiées car immédiates et plus faciles à être enregistrées. Le taux de prématurité est multiplié par 5, le taux d'hypotrophies par 3. La mortalité néonatale est multipliée par 6. Ces risques sont liés au fait que ce sont souvent des grossesses multiples; on note une part de responsabilité initiale des pathologies vasculaires de la mère. Ces données viennent du FIVNAT 2005. On a identifié un risque particulier de malformations cardiaques et d'anomalie de fermeture du tube neural. Une étude est en cours en région parisienne pour mieux évaluer la situation. Les risques de maladies chromosomiques sont très faibles. Les risques de cancers type rétinoblastome semblent maintenant écartés.

La question des risques reste posée. La littérature médicale est des plus discrètes sur un des aspects le plus sévèrement critiquable de l'histoire de la PMA: après avoir fait les premières tentatives sur des cycles spontanés (G.B., France, Australie, Israël, USA, Italie), s'est posé le problème du bon moment du prélèvement d'ovocytes (pratiqué durant dix ans environ par coelioscopie). On obtenait de très faibles résultats (moins de 10 % des tentatives). À cette époque on utilise déjà depuis près de dix ans des stimulations ovariennes (gonadotrophines et clomiphène) entraînant des hyperstimulations dont on connaît les dangers et la gravité possible (ovaires monstrueux, ascites, trouble hydro-électrolytiques considérables et accidents thrombo-emboliques), sans parler des grossesses multiples supérieures à deux, très fréquentes et dangereuses. Et bien que connaissant ces risques, leur mauvaise prédictivité, malgré des dosages

hormonaux quotidiens et la surveillance échographique, ces risques seront pris parce qu'en réimplantant 3, 4, ou parfois plus, d'embryons on augmentait les chances d'obtenir une grossesse (actuellement entre 15 à 20 % de succès en France), mais surtout, et nous le savions, les risques de grossesses multiples et d'hyperstimulations. Il a donc été très vite nécessaire de proposer à ces couples peu ou pas fertiles, ayant attendu parfois plus de dix ans un enfant, une « réduction embryonnaire » afin de ne pas laisser évoluer 4, 5... embryons menaçant gravement la vie de tous, et d'en laisser, 1 ou 2, parfois 3 (ce qui est très incertain). Sachant que ladite réduction présentait elle-même le risque d'interruption de la grossesse. Il est évident qu'à côté des problèmes médicaux des drames psychologiques ont été induits.

Mais après tout, aussi dures soient ces différentes étapes, peut-être était-il possible de les présenter dans toute leur gravité et laisser le choix aux couples? Cela a paru si compliqué et si menaçant pour l'avenir de la PMA (les laboratoires ont parfaitement joué l'« apaisement ») et l'avenir personnel des acteurs médicaux que peu de choses ont été révélées à ce sujet. Sauf entre spécialistes. Et les bilans à trente ans semblent avoir totalement (ou presque) oublié les ombres d'un aussi beau et triomphal tableau!

Évoquons une dernière question: celle du secret des origines pour les dons de gamètes. Les donneurs l'exigent. Mais les enfants nés ainsi, parfois, dans leur quête d'identité souhaitent connaître leur parent biologique, particulièrement leur père. Deux légitimités s'affrontent et le législateur se trouve bien embarrassé. Derrière le droit se trouve la souffrance. Et le risque de voir le don se restreindre par peur de l'avenir.

Au total à ce jour l'ensemble des risques paraît limité et au dire des épidémiologistes ceci ne remet pas en cause la PMA dans ses diverses formes. L'important est que les parents soient bien informés et sachent en toute conscience qu'ils prennent des risques. La clarté doit être la règle. Mais donner la vie ne donne jamais de certitudes sur l'enfant à venir.

La proposition qui peut être faite est de bien organiser le suivi sur le long terme. Jusqu'à maintenant le souci était de ne pas stigmatiser l'enfant ainsi né et de ne pas le soumettre à une surveillance particulière. On peut dire que c'est une réussite. D'ailleurs parmi les lecteurs de cet article, qui sait quel enfant ou quel adulte de son entourage est né de cette façon? Il n'y a pas de débat là-dessus. Mais d'un autre côté l'absence de suivi ne permet pas d'évaluer la situation. Ne risque-t-on pas un jour de découvrir un problème qui sera longtemps passé inaperçu

du fait d'un faible risque statistique? Nous restons dans une non-culture de santé publique bien traditionnelle en France.

La constitution de « cohortes épidémiologiques » est impossible à mettre en œuvre, nous dit-on. Le D^r Foix-L'Hélias, pédiatre et épidémiologiste à l'hôpital Trousseau et élève du P^r Frydman de Béclère, déclarait dans le Quotidien du Médecin du 11 avril 2013: il faut « mener des enquêtes spécifiques pour répondre à une question donnée comme nous l'avons fait par exemple pour savoir s'il y avait plus de traitements de l'infertilité chez les parents d'enfants atteints d'un rétinoblastome ». Les questions sont donc très complexes et techniques.

Autre question: le diagnostic pré-implantatoire est utilisé pour les couples porteurs de certaines anomalies génétiques graves. Il nécessite une FIV et pose pour l'avenir des problèmes éthiques majeurs: le génome pour tous et assez bon marché sera accessible; il permettra techniquement le tri et le choix sur catalogue dans les sociétés marchandes, des embryons avant implantation. Que va-t-on faire?

Mais on peut tout de même constater que là aussi la question des moyens se pose. Ne faudrait-il pas être plus vigilants, plus systématiques, plus prudents? Il faut de l'argent. Il faut aussi des gens, des professionnels, du temps humain. Une réflexion s'impose. La PMA n'est pas anodine. C'est une avancée majeure pour le développement de l'homme. Elle suppose responsabilité et longue durée d'action. Engagement de toute la société. Recherche. Elle porte modification de l'avenir du genre humain. Les questions éthiques doivent être traitées et ne sont pas l'affaire des seuls spécialistes.

Mutilations sexuelles féminines : connaissances, pratiques et déterminants de l'abord du thème en consultation chez les étudiants en médecine générale

Par les D^r Soumaya Cheniour Bibi, D^r Gladys Ibanez, D^r Gilles Lazimi,
D^r Nadia Gaouaou, D^r Anne-Marie Magnier

*Département de Médecine Générale, Faculté de Médecine Pierre et Marie Curie
27 rue de Chaligny, 75012 Paris*

Résumé :

Contexte : Les mutilations sexuelles féminines (MSF) consistent en l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques. Cette coutume ancestrale était répandue en Afrique et en Asie. Cependant avec les flux migratoires, les praticiens des pays occidentaux sont aussi confrontés à l'excision féminine qui touche 100 à 140 millions de femmes et de fillettes dans le monde. En France en 2004, 53 000 personnes étaient concernées dont 19 000 en Ile-de-France.

Objectif : Décrire les connaissances, attitudes et pratiques de l'abord du thème des MSF en consultation par les internes de médecine générale ainsi que les freins éventuels.

Méthode : Une enquête transversale a été réalisée auprès des internes de médecine générale de 3 UFR franciliennes : l'Université Paris 13 Nord, Pierre et Marie Curie Paris 6 et Paris 11 Sud. Le questionnaire distribué, a été réalisé à partir d'une revue de la littérature d'articles et de thèses de médecine générale ayant traité ce sujet. Le critère de jugement principal était l'abord du thème des MSF avec les patientes.

Résultats : Deux tiers des 303 répondants avaient peu de connaissances théoriques sur le thème, l'expérience clinique était faible et la plupart étaient réticents au signalement administratif et judiciaire. Peu envisageaient l'abord du sujet en consultation. Les freins au projet d'abord étaient multiples, dans les dimensions techniques, relationnels et éthiques.

Conclusion : Cette enquête est l'une des rares à avoir exploré le projet d'abord du thème des MSF auprès des étudiants. Les déterminants de l'abord ont concordé avec les données publiées dans la littérature auprès des autres professionnels de santé et relèvent des différents champs de compétences de l'exercice médical.

Abstract :

Context : The female genital mutilation (FGM) consists of the partial or total cutting of the feminine genitalia in not therapeutic purposes. This ancestral custom was spread in Africa and in Asia. However with migratory flows, the practitioners of the western countries are also confronted with female circumcision which affects 100 to 140 millions women and girls in the world. In France in 2004, 53 000 persons were concerned, among which 19 000 in Ile-de-France.

AIM : To describe the knowledge, attitudes and practices related to FGM among students in general practice.

Methods : A transverse survey was realized with the medical students of 3 universities of Ile-de-France : the Paris 13 university of the North, the Paris 6 Pierre et Marie Curie university and the Paris 11 university of the South. The distributed questionnaire was realized from a review of the literature of articles and theses of general medicine having treated this subject. The main assessment criterion was the project of the student to approach the question of the FGM with her future patients.

Results : Two thirds of 303 referees had few theoretical knowledge on this theme, the clinical experience was lesser and most were reluctant in administrative and judicial description. Little envisaged to approach the subject in consultation. Brakes to this project were technical, relational and ethical.

Conclusion : The determinants of the future access suited to the data published in the literature with the other healthcare professionals and raise various areas of competence of the medical exercise.

Introduction

Les mutilations sexuelles féminines (MSF) désignent un ensemble de pratiques perpétuées depuis des siècles, qui consistent en l'ablation partielle ou totale des organes génitaux féminins à des fins non thérapeutiques. Les conséquences sont proportionnelles à la sévérité des mutilations initiales et affectent la santé physique, psychique, sexuelle et reproductive des femmes. Cette coutume, fondée sur des arguments socioculturels et religieux, était principalement répandue en Afrique sub-saharienne et dans quelques pays du Moyen-Orient ou de l'Asie du sud-est. Cependant avec les flux migratoires, les professionnels de santé des pays occidentaux ont été de plus en plus confrontés à ce problème. Actuellement, le nombre de femmes (ou de fillettes) mutilées à travers le monde est estimé entre 100 et 140 millions selon l'Organisation Mondiale de la Santé avec en plus, 3 millions de sujets à risque de subir des MSF chaque année¹. En France en 2004, 53 000 femmes et fillettes étaient concernées, dont 19 000 uniquement en Ile-de-France².

Les MSF sont reconnues par les instances internationales comme étant une violation des droits humains des fillettes et des femmes. En France, et malgré l'absence de qualification juridique spécifique, cette pratique est considérée comme un crime jugé par la Cour d'Assise^{1,3}.

Les recherches bibliographiques effectuées dans ce cadre révèlent que : d'une part les praticiens en France^{4,5,6} et même dans certains pays occidentaux⁷, ont des connaissances insuffisantes et des pratiques non consenties concernant les MSF. Ce thème est un sujet délicat et difficile à aborder en consultation avec les patientes. D'autre part, le gouvernement français ne cesse de réaffirmer sa volonté de lutter contre cette pratique. En effet, le troisième plan triennal 2011-2013 de lutte contre les violences faites aux femmes comporte un volet spécifique consacré aux MSF. L'amélioration de la formation des professionnels de santé constitue l'un de ses principaux bras. En l'absence d'études spécifiques portant sur les professionnels de santé en formation, l'objectif de cette enquête a été d'évaluer les connaissances, les pratiques des internes en médecine générale face au risque de mutilations sexuelles féminines, ainsi que leurs déterminants. Ceci afin de proposer une approche pédagogique permettant une prise en compte de leurs besoins en matière de formation.

Méthode

Type et lieu d'étude

Une enquête transversale a été réalisée auprès d'une population d'internes de médecine générale de 3 UFR implantées dans des bassins franciliens de populations différentes, après accords des chefs de départements res-

pectifs : *l'université Paris 13 Nord* située à Bobigny dans le département de Seine-Saint-Denis, *l'université Pierre et Marie Curie Paris 6* (site de Saint-Antoine) dans le 12^e arrondissement de Paris et *l'université Paris 11 Sud* située au Kremlin-Bicêtre dans le département de Seine-et-Marne.

Population

Les internes ont été sollicités au cours des enseignements dirigés dispensés dans les facultés. Les questionnaires ont été remis en main propre et collectés dans le même temps. La collecte s'est déroulée sur trois journées de cours par université, elle a eu lieu entre le 30 novembre 2010 et le 7 avril 2011.

Élaboration du questionnaire

Le questionnaire a été réalisé à partir d'une revue de la littérature, sur la base de données MEDLINE. Les mots-clés utilisés ont été : mutilation, sexual, genital, circumcision, cutting, student, guideline, general practitioner. Trois médecins généralistes enseignants et deux médecins remplaçants ont contribué à obtenir une version consensuelle suite à plusieurs réunions de travail. Les principaux facteurs retrouvés dans la littérature et pouvant influencer l'attitude des internes face à la question des MSF ont été inclus.

Variables

Le questionnaire final a comporté 20 questions fermées à choix multiples et une question à réponse ouverte et courte. Il comprenait trois parties décrivant le profil des étudiants de médecine générale ; leurs connaissances et pratiques vis-à-vis des MSF ; et enfin les déterminants de l'abord de ce thème en consultation avec leurs patientes. Le critère de jugement principal de l'étude a été le projet de l'interne d'aborder la question des MSF avec ses futures patientes pendant la consultation. Cette variable a été classée en 2 catégories : « Plutôt oui, si la femme est dans une situation à risque » ; « Plutôt non, sauf si éventuellement, la femme souhaite des informations sur cette question ».

Analyse statistique

Les réponses aux questionnaires ont été recueillies et traitées sur un tableau Excel, qui a été analysé à l'aide du logiciel SAS 9.1. L'analyse statistique a comporté une première partie descriptive des données, puis une deuxième partie analytique des facteurs influençant l'abord du thème des MSF en consultation de médecine générale. Ces facteurs ont été classés en trois dimensions de l'exercice médical : les compétences techniques, les compétences relationnelles et la réflexion éthique. Une analyse multivariée a ensuite été réalisée pour explorer les déterminants de l'abord du thème des MSF en consultation, après prise en compte des facteurs de confusion.

Quatre modèles ont ainsi été proposés : Le modèle 1, qui a inclus les caractéristiques sociodémographiques des étudiants ainsi que les compétences techniques du médecin, associées au projet d'abord du thème en analyse bivariée (seuil $p < 0,20$). Le modèle 2, qui a inclus les caractéristiques sociodémographiques des étudiants ainsi que les variables liées aux compétences relationnelles. Le modèle 3, qui a inclus les caractéristiques sociodémographiques des étudiants ainsi que les variables liées à la réflexion éthique. Le modèle 4, qui a inclus l'ensemble des variables précédentes associées au projet d'abord du thème en analyse bivariée (seuil $p < 0,20$).

Résultats

Profil des étudiants

Sur 313 questionnaires distribués dans les trois différentes universités, 303 personnes ont répondu, soit 96,8 % de l'ensemble des internes sollicités. Le taux de réponses global a été de 40,3 % de l'ensemble des étudiants inscrits dans ces facultés. Le profil des étudiants a été décrit dans le tableau 1. La population était composée de 74,6 % de femmes et 25,4 % d'hommes. Parmi les étudiants, 49,1 % se destinaient à l'exercice de la médecine générale ; 73,9 % étaient d'origine française et 10,7 % avaient des enfants.

Connaissances et pratiques des étudiants

Près des deux tiers des répondants n'avaient aucune connaissance sur le thème des MSF, et l'expérience clinique dans ce domaine était plus faible encore. La plupart des étudiants n'ont jamais évoqué la question de l'excision avec des femmes ou les mamans des fillettes. Si les réponses concernant l'âge de pratique des MSF ont été satisfaisantes, les connaissances des étudiants sur la qualification juridique des MSF ont été incomplètes ou erronées pour un grand nombre parmi eux. Concernant les pratiques et dans le cas d'une mineure présentant ou à risque de subir une MSF, la majorité des étudiants étaient réticents aux mesures de signalement administratif et judiciaire. Aussi, très peu envisageaient de proposer aux patientes majeures présentant une MSF des démarches de réparation chirurgicale ou de procédures judiciaires a posteriori.

Projet d'abord du thème des MSF avec les patientes et ses déterminants

30,1 % des étudiants envisageaient d'aborder la question des MSF si une patiente était à risque de subir des MSF. Les déterminants du projet d'abord le thème des MSF avec les patientes sont détaillés dans les tableaux 2 et 3.

- **Facteurs sociodémographiques**

Le sexe des étudiants influait le projet d'abord des MSF. Les femmes étaient plus enclines à aborder ce

thème avec leurs patientes que les hommes. A contrario, l'âge, le fait d'avoir des enfants et le pays origine n'avaient aucune incidence sur le projet d'abord de cette question.

- **Les dimensions de l'exercice médical**

Concernant les compétences techniques, le fait de posséder des connaissances théoriques ou une expérience clinique antérieure a facilité le projet d'abord. Ainsi le sentiment de manque de compétence et de formation signalé par 63,7 % des étudiants a constitué un frein puissant à l'abord de la question des MSF avec les futures patientes ($p < 0,01$). Sur le plan pratique, le fait d'avoir déjà observé une femme excisée et l'abord antérieur du sujet avaient fortement influencé l'abord futur du thème avec les patientes ($p = 0,03$). De manière similaire, les étudiants possédant une expérience clinique acquise lors d'un stage de gynécologie, d'un stage de niveau 2 (SASPAS) ; en examinant des fillettes excisées ou en ayant assisté à des accouchements de femmes présentant une MSF, étaient ceux qui allaient aborder le thème avec les futures patientes. D'autres barrières relevant d'aspects relationnels de l'exercice médical ont été particulièrement influentes. Ce champ implique les aspects interactifs de la relation médecin-malade et les capacités de communication et d'accompagnement de la patiente. Les variables qui ont constitué des freins à l'abord du thème des MSF ont été les suivantes : la réticence « supposée » des patientes ($p = 0,05$), considérer que le sujet des MSF était un sujet tabou et gênant ($p = 0,20$), la présence gênante du mari ($p = 0,21$) et la barrière de la langue ($p = 0,01$). Enfin, un facteur freinant l'abord futur du thème des MSF avec les patientes s'est révélé être d'ordre éthique. En effet « le respect des coutumes » a été associé de manière négative au projet d'abord des MSF avec les patientes ($p = 0,05$). Dans l'analyse multivariée, les facteurs influençant le plus le projet d'abord des MSF avec les patientes dans le modèle 4 (prenant en compte toutes les dimensions possibles de l'exercice médical) ont été : Le sentiment de manque de formation ($p = 0,0004$), la réticence « supposée » des patientes ($p = 0,06$), la barrière de la langue ($p = 0,07$), le sexe de l'étudiant ($p = 0,08$), le fait de considérer ce thème comme « tabou et gênant » ($p = 0,13$) et le respect des coutumes ($p = 0,16$). Ainsi le sentiment de manque de formation augmentait d'environ 2,71 fois (1,56-4,69, $p = 0,0004$) le risque de ne pas aborder ultérieurement le sujet avec les patientes ; la réticence supposée des patientes l'augmentait de 1,85 fois (1,99-3,46, $p = 0,06$), la barrière de la langue l'augmentait de 1,69 fois (0,96-2,97, $p = 0,07$), le sexe de l'étudiant l'augmentait de 1,81 fois (0,93-3,54, $p = 0,08$), l'impression que le thème des MSF est un sujet tabou et gênant l'augmentait de 2,50 fois (0,76-8,25, $p = 0,13$) et l'impression d'une intrusion dans les coutumes augmentait ce risque de 2,68 fois (0,69-10,47, $p = 0,16$).

Discussion

Résumé des résultats :

Notre enquête réalisée auprès des étudiants en médecine d'Île de France a montré qu'il y avait une réticence importante à aborder le thème des MSF avec les patientes en consultation. Les freins au projet d'abord pouvaient relever de plusieurs aspects : D'une part, les étudiants se sentaient démunis faute de connaissances suffisantes théoriques et pratiques. D'autre part, certains freins relationnels constituaient un obstacle dans l'abord du thème avec les patientes. Enfin, des considérations éthiques pouvaient limiter les actions à mener en pratique. En effet, les MSF s'inscrivant dans un contexte culturel identitaire, l'impression de commettre une intrusion dans les coutumes des patientes influait de manière négative sur le projet d'abord des étudiants.

Validité interne :

Atouts de l'étude

Plusieurs études ont traité le sujet des mutilations sexuelles féminines en France, cependant très peu se sont adressées aux étudiants en médecine. Seule l'étude de Poulain et al. avait inclus 17 étudiants en médecine dans son échantillon total de répondants⁵. Les internes de médecine générale sont une population intéressante car en cours de formation. Par ailleurs ces futurs médecins généralistes sont de plus en plus conscients de la complexité de l'exercice médical et de la nécessité de tenir compte des aspects médico-psycho-sociaux pour une prise en charge optimale des patients. Les étudiants ayant participé à cette étude étaient issus de trois facultés implantées dans des bassins de populations différents d'Île De France (le nord-est, le centre et le sud). Ceci a permis de limiter les biais liés aux lieux de stages ou aux différences d'enseignement, même si, toutes les facultés d'Île De France n'ont pas été interrogées. Le taux élevé de réponse a également permis de diminuer les biais liés aux non-réponses. Les questionnaires ayant presque tous été remplis et collectés dans le même temps sur les lieux d'enseignement. Par ailleurs, tous les facteurs influant les connaissances et les pratiques des médecins concernant les MSF, retrouvés dans la littérature, ont été inclus dans notre questionnaire. Enfin, plutôt que de se limiter à un état des lieux, notre enquête s'est intéressée à la pratique future des étudiants concernant le projet d'abord du thème des MSF ainsi que ses déterminants. Ceci dans le but de proposer des solutions concrètes pour améliorer la formation pédagogique proposée durant les études médicales.

Limites de l'étude

La première limite de cette étude est liée au caractère déclaratif sur un thème où sexualité et coutumes ancestrales peuvent s'intriquer. L'autre limite est celle liée au

nombre et aux caractéristiques des internes ayant répondu au questionnaire. Même si les étudiants venaient de bassins de populations différents d'Île De France, et malgré la taille importante de l'échantillon, on ne peut pas extrapoler la réponse des internes sollicités aux étudiants de la France entière. Cependant sur le plan national, le département d'Île De France est le plus touché par le problème des MSF, et le fait de choisir des facultés ayant des implantations géographiques différentes, a permis de limiter les biais de prises en charge caractéristiques des lieux d'enseignement et de stage. Ceci permet de penser qu'à cette échelle d'analyse, les internes visés restent une population cohérente d'étude. Les thèmes multiples abordés dans le questionnaire nous ont imposé de limiter certains items. En effet les internes n'ont pas été interrogés sur les pays où les MSF perdurent, ni sur les justifications idéologiques de ces pratiques. Le paragraphe des complications n'a pas été abordé non plus dans le questionnaire, ceci afin de mettre l'accent sur les attitudes et les pratiques des étudiants. Cependant, dans l'étude d'Allam et al., le fait d'ignorer les complications des MSF constituait un facteur corrélé à l'indulgence vis-à-vis de cette pratique⁸ : parmi les 1 020 étudiants égyptiens, ceux qui ont été confrontés à des femmes présentant des complications des MSF étaient 1,57 fois (1,07-2,30, $p=0,59$) plus favorables à l'abolition de cette pratique. De même, tous les obstacles au projet d'abord relevant des aspects éthiques n'ont pas été étudiés. En effet, l'argument religieux n'a pas été proposé parmi les freins à l'abord du thème des MSF en raison du faible nombre supposé d'étudiants concernés. Dans la littérature, deux articles ont étudié cet aspect : le premier, cité plus haut, a montré que la non-adhésion des étudiants égyptiens à la justification religieuse a été statistiquement corrélée à l'attitude défavorable à la perpétuation des MSF⁸. Le deuxième article, paru en 2007 et réalisé auprès de 68 patientes kenyanes, a mis en évidence que le poids de l'argument religieux prévalait dans la perpétuation cette pratique, malgré le fait que ces femmes étaient conscientes des complications et des conséquences juridiques des MSF⁹.

Comparaison aux travaux de la littérature Caractéristiques des répondants

Les connaissances, les attitudes et les pratiques face aux MSF ont été étudiées chez les praticiens de l'est parisien⁴, chez les généralistes du département de la Seine et Marne⁶, chez les professionnels de santé dans les centres de protection maternelle et infantile¹⁰ et ceux des maternités en Seine saint Denis⁵. En Espagne, la perception des MSF par les professionnels de santé a été explorée au cours de deux études consécutives en 2001 et en 2004⁷. Ces études ont montré que les connaissances des professionnels de santé concernant les MSF étaient incomplètes ou erronées, et qu'ils étaient réticents au

signalement judiciaire. L'abord du thème des MSF a été très rarement étudié auprès des étudiants. En 2001, 69 étudiants en médecine en Égypte ont été interrogés sur leur projet de pratiquer l'excision auprès des futures patientes¹¹ (en effet, dans ce pays un tiers des excisions sont réalisées par les médecins ou le corps paramédical). 61 % d'entre eux avaient exclu cette action de leur pratique future.

Facteurs influençant le projet d'aborder le thème des MSF avec les patientes

Dans cette étude, les facteurs influençant l'abord futur des MSF par les étudiants en médecine ont concordé avec les données publiées dans la littérature auprès des professionnels de santé. Dans notre étude, le sexe féminin était l'unique facteur démographique favorisant le projet d'abord chez les étudiants. Chez les 477 généralistes de l'Est Parisien, les médecins hommes avaient également plus de difficultés à évoquer le sujet que leurs confrères³. Une autre enquête transversale réalisée auprès des professionnels de la santé en Espagne (n=225 en 2001, puis n=184 en 2004) a montré que les femmes identifiaient mieux les différentes typologies des MSF, étaient plus enclines à éduquer et à sensibiliser les patientes, et signalaient plus souvent que leurs confrères, les MSF constatées⁷. L'obstacle lié au manque de compétences techniques a rendu l'abord difficile et délicat chez les médecins généralistes de l'est parisien³. Par ailleurs les praticiens des maternités de Seine Saint Denis ont également exprimé un besoin de formation considérable⁵. En effet 72 % parmi eux ne se sentaient pas bien préparés à aborder cette question en consultation. La formation « acquise » a influé sur l'abord en consultation. Ainsi un tiers des praticiens de Seine et Marne formés aux MSF abordait ce sujet au cabinet; alors que seuls 2,6 % des médecins du groupe non formés osaient faire cette démarche⁶. Chez les étudiants égyptiens, plus le score composite évaluant leurs connaissances théoriques était élevé, moindre était l'indulgence des étudiants vis-à-vis des MSF⁸. Dans notre étude, la réticence supposée des patientes a augmenté le risque de ne pas aborder le sujet des MSF par les étudiants. Or, selon une étude réalisée auprès de femmes excisées, la majorité d'entre elles émettaient un avis positif sur le fait d'avoir évoqué leur mutilation¹². L'autre enquête concernant les praticiens de Seine et Marne a suggéré que la réticence à évoquer cette question était liée principalement à l'état d'esprit des médecins⁶. Au final, la plupart des patientes ne semblent pas réticentes à parler des MSF pour peu qu'on les sollicite. Le 3^e frein par ordre d'importance concernant l'abord futur en consultation a été le fait de considérer que les MSF étaient « un sujet tabou et gênant ». 36,7 % des professionnels de santé enquêtés dans les maternités de Seine-Saint-Denis en 2009 ont également évoqué cet obstacle⁵.

Enfin, le frein éthique s'est révélé être tout aussi puissant au projet d'abord que le sentiment de manque de formation chez les étudiants. En 2001, les 21 % des étudiants en médecine en Égypte favorables à la perpétuation des MSF, avançaient des justifications culturelles¹¹. En Seine et Marne, la moitié des médecins admettait que le respect des coutumes et traditions pouvait justifier cette pratique⁶. En 2008 certains praticiens de l'Est Parisien enquêtés pensaient que les MSF étaient un problème plus culturel que médical, son abord était assimilé à une intrusion dans les coutumes d'autrui³.

Perspectives de la lutte contre les MSF en France

Depuis la fin des années 70, la lutte contre les mutilations sexuelles féminines s'est engagée en France. Actuellement, elle se renforce dans le cadre du plan triennal de lutte contre les violences faites aux femmes 2011-2013. Cette action s'organise à plusieurs niveaux : celui de l'État, des associations et des professionnels de santé avec une collaboration active entre ces 3 acteurs^{13, 14, 15, 16, 17, 18}. Sur un plan pédagogique, l'optimisation des connaissances et des pratiques des étudiants dans la prévention et le dépistage des MSF devrait concerner les différentes dimensions de l'exercice médical¹⁹. Sur le plan technique, une harmonisation de la formation théorique de ce thème est nécessaire. De plus, une meilleure sensibilisation au cours des stages hospitaliers et en ville permettrait une prise de conscience précoce chez les internes en formation. Sur le plan relationnel, un accompagnement des étudiants est indispensable afin d'ajuster leurs représentations et de promouvoir la communication avec les patientes mutilées et leurs entourages. Enfin, sur le plan moral, l'enseignement académique pourrait se heurter à une barrière socioculturelle forte dans ce thème. Il est donc nécessaire d'intégrer également cet aspect dans l'approche pédagogique proposée aux étudiants. Ainsi, il semble que seule une prise en compte des aspects multidimensionnels de cette problématique permettrait d'assurer les différentes actions nécessaires à une prévention, un dépistage et à un accompagnement des femmes victimes de MSF en France. Une telle réflexion s'inscrirait alors dans une démarche respectueuse de la dignité des femmes.

Bibliographie

1. Groupe international d'experts, HCDH, OMS, ONUSIDA, PNUD, UNCEA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, "Éliminer les mutilations sexuelles féminines, déclarations inter-institutions", *publications OMS*, 2008.
2. A. Andro, M. Lesclingand, E. Cambois "Les mutilations sexuelles féminines: Premiers résultats de l'enquête excision et handicap", *INED, Décembre 2009, Fiche d'actualité n° 10, 3p.*
3. République Française, *Code Pénal*. Paris: Dalloz, 2005, 2477p.
4. M. Wehenkel, "Dépistage et prévention des mutilations sexuelles féminines et de leurs complications en médecine générale", thèse de médecine générale, Paris 6 Pierre et Marie Curie, 2007.
5. A. C. Poulain d'Hauthville, "Les mutilations sexuelles féminines: les pratiques professionnelles dans les maternités de Seine-Saint-Denis", thèse de médecine générale, Paris 12 Créteil, 2007.
6. A. Remy, "Analyse des pratiques des médecins généralistes face aux mutilations sexuelles féminines: enquête dans le département de Seine-et-Marne", thèse de médecine générale, Paris 6 Pierre et Marie Curie, 2009.
7. A. Kaplan-Marcusan et al., "Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence", *BMC Health Services Research* 9 (2009): 11.
8. M. F. Allam et al., "Factors associated with the condoning of female genital mutilation among university students", *Public Health* 115, no. 5.
9. L. Livermore, R. Monteiro, et J. Rymer, "Attitudes and awareness of female genital mutilation: a questionnaire-based study in a Kenyan hospital", *Journal of Obstetrics and Gynaecology: The Journal of the Institute of Obstetrics and Gynaecology* 27, no. 8 (Novembre 2007): 816-818.
10. D. Amara, "Pratique des médecins de protection infantile de Seine St. Denis en matière de prévention des mutilations sexuelles féminines", thèse de médecine générale, Bobigny-Paris 13, 2006.
11. A. H. Refaat et al., "Attitudes of medical students towards female genital mutilation", *Journal of Sex & Marital Therapy* 27, no. 5 (Décembre 2001): 589-591.
12. M. Horoks, "Mutilations sexuelles féminines: vécu des femmes mutilées et prise en charge médicale", thèse de médecine générale, Paris 6 Pierre et Marie Curie, 2008.
13. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale, "Journée internationale contre les mutilations sexuelles féminines", *discours, 14 février 2011*. Disponible sur le site: <http://www.solidarite.gouv.fr/actualite-presse,42/discours,44/journee-internationale-contre-les,13192.html>
14. Gynécologie Sans Frontières, "Le praticien face aux mutilations sexuelles féminines", *ouvrage*, 2010.
15. Ministère des solidarités et de la cohésion sociale "Protégeons nos petites filles de l'excision", *plaquelette d'information*, 1993. (Voir aussi Annexe III) Disponible sur le site: http://www.eurowrc.org/01.eurowrc/06.eurowrc_fr/FR_FRANCE/Plaquelette%20excision.pdf
16. Préfecture de la région d'Île de France Préfecture de Paris, Délégation régionale aux droits des femmes et de l'égalité, "Prévention des mutilations sexuelles féminines en Île de France. Où en est-on? Bilan et perspectives", *Actes de la demi-journée de réflexion, 1er février 2010. Disponible sur le site:*
17. http://www.ile;de.france.gouv.fr/fre/content/download/1780/10455/file/Actes%20Journ%C3%A9e_f%C3%A9vrier2010.pdf
18. Fédération nationale GAMS: <http://www.federationgams.org/>
19. Tostan France, "Journée Internationale Pour L'abandon De L'excision", *communiqué de presse, 3 février 2011. Disponible sur le site:*
20. http://www.tostanfrance.com/images/stories/resources/cp_6fevrier2011.pdf
21. G. Ibanez, P. Cornet et C. Minguet, "Qu'est-ce qu'un bon médecin?", *Pédagogie Médicale* 11, no. 3 (2010): 15.

Tableau 1 : Caractéristiques des étudiants interrogés concernant les MSF et freins à l'abord de ce thème

	Variables	N ou moy +- sd	%
Profil des étudiants	Sexe		
	Homme	77	25,4
	Femme	226	74,6
	Age	26.5 ans +-2.1 ans	
	Année		
	T1	95	31,4
	T2	102	33,7
	T3 et plus	106	34,9
	Faculté		
	Paris 6	163	53,8
	Bobigny	53	17,5
	KB	87	28,7
	Stages d'internat déjà effectués		
	Gynécologie	45	14,8
	Pédiatrie	119	39,3
	PMI	26	8,6
	Stage chez le praticien Niveau 1	133	43,9
	Stage chez le praticien Niveau 2	14	4,6
	DU de gynécologie ou d'obstétrique	8	2,6
	Aucun des stages déjà cités	119	39,3
	Orientation professionnelle future		
	Médecine générale en ville	145	49,1
	Médecine d'urgence	36	12,2
	Gériatrie	4	1,4
	Activité hospitalière	8	2,7
	Activité mixte	82	27,8
Poste dans un dispensaire, PMI, planning familial	15	5,1	
Médecin militaire	5	1,7	
Pays d'origine			
France	204	73,9	
Maghreb	21	7,6	
Europe hors France	11	4,0	
Asie	23	8,3	
Afrique	11	4,0	
DOM-TOM	6	2,2	
Freins à l'abord	Présence d'enfants	32	10,7
	Projet d'aborder le thème des MSF avec les futures patientes		
	Plutôt oui, si la femme est dans une situation à risque	90	30,1
	Plutôt non, sauf si éventuellement elle souhaite des informations sur cette question	209	69,9
	Les raisons qui empêcheraient les internes d'aborder le thème des MSF avec les futures patientes		
	Par respect des coutumes	18	5,9
	Les patientes sont réticentes	68	22,4
	Sentiment de manque de formation et de compétence	193	63,7
	Cette action serait vaine et sans aboutissement	12	4,0
	Les MSF sont un sujet tabou et gênant	22	7,3
	Les MSF ne relèvent pas de l'action du médecin généraliste	2	0,7
	La présence du mari est gênante	67	22,1
	Par manque de temps pendant la consultation	36	11,9
La barrière de langue est importante	106	35,0	
Omission de faire de la prévention	78	25,7	
Aucune de ses raisons, autre	22	7,3	

Tableau 2: Déterminants du projet d'abord du thème des MSF (analyse bivariée)

	Variables	Pas d'abord % (n)	Abord spontané % (n)	Khi ² ou F	(p)
Facteurs socio démographiques	Sexe				
	Homme	28,7 (60)	17,8 (16)	3,96	0,05
	Femme	71,3 (149)	82,2 (74)		
	Année			0,39	0,82
	T1	32,5 (68)	28,9 (26)		
	T2	32,5 (68)	34,4 (31)		
	T3 et plus	35,0 (73)	36,7(33)		
	Age	26,6 +-2,4	26,3+-1,5	0,65	0,42
	Faculté			16,2	0,00
	Paris 6	45,9 (96)	71,1 (64)		
	Bobigny	20,1 (42)	12,2 (11)		
	KB	34,0 (71)	16,7 (15)		
Compétences techniques	Stages d'internat déjà effectués				
	Gynécologie	12,4 (26)	21,1 (19)	3,70	0,05
	Pédiatrie	37,8 (79)	41,1 (37)	0,29	0,59
	PMI/Planning familial	9,6 (20)	6,7 (6)	0,67	0,41
	Stage chez le praticien Niveau 1	45,9 (96)	41,1 (37)	0,59	0,44
	Stage chez le praticien Niveau 2	6,2 (13)	1,1 (1)	3,68	0,06
	DU de gynécologie ou d'obstétrique	2,4 (5)	3,3 (3)	0,21	0,64
	Aucun	39,2 82	38,9	0,00	0,95
	Avoir déjà observé des MSF	15,3 (32)	27,8 (25)	6,34	0,01
	Abord antérieur du sujet	11,5 (24)	21,1 (19)	4,74	0,03
	Mode d'acquisition des connaissances sur les MSF				
	Au cours des études de 2 ^e cycle	18,2 (38)	32,2 (29)	7,13	0,00
	Au cours des études de 3 ^e cycle	9,6 (20)	14,4 (13)	1,52	0,21
	Dans les stages, encouragés par un médecin généraliste	2,9 (6)	4,4 (4)	0,48	0,49
	Dans les stages, encouragés par un autre médecin	10,5 (22)	13,3 (12)	0,49	0,48
	De manière personnelle en examinant les fillettes excisées	0,5 (1)	5,6 (5)	8,25	0,00
	De manière personnelle en assistant à des accouchements de femmes excisées	2,4 (5)	7,8 (7)	4,73	0,03
	De manière personnelle, autrement	22,1 (46)	15,6 (14)	1,63	0,02
	Par un proche	2,9 (6)	5,6 (5)	1,28	0,26
	Par les médias	60,3 (126)	54,4 (49)	0,88	0,34
Autre	6,2 (13)	7,8 (7)	2,24	0,62	
Sentiment de manque de formation et de compétences	70,8 (148)	47,8 (43)	14,47	0,00	
Cette action serait vaine et sans aboutissement	4,3 (9)	3,3 (3)	0,15	0,69	
Les MSF ne relèvent pas de l'action du médecin généraliste	0,1 (2)	0,0 (0)	0,87	0,35	
Omission de faire de la prévention	27,8 (58)	22,2 (20)	0,10	0,32	
Compétences relationnelles	Les patientes sont réticentes	19,6 (41)	30,0 (27)	3,86	0,05
	Les MSF sont un sujet tabou et gênant	8,6 (18)	4,4 (4)	1,60	0,20
	La présence du mari est gênante	20,1 (42)	26,7 (24)	1,58	0,21
	La barrière de langue est importante	30,6 (64)	45,6 (41)	6,16	0,01
Compétences éthiques	Par respect des coutumes	7,2 (15)	3,3 (3)	3,86	0,05
Autres	Par manque de temps pendant la consultation	13,4 (28)	8,9 (8)	1,21	0,27
	Aucune de ses raisons, autre	7,7 (16)	5,6 (5)	0,42	0,51

Tableau 3: Déterminants du projet d'abord du thème des MSF (analyse multivariée)

Variables	Modèles			
	1 (n=299)	2 (n=299)	3 (n=299)	4 (n=299)
Sexe	1	1	1	1
Homme	1.84	2.00	1,79	1.81
Femme	(0,97-3,49)*	(1,05-3,82)**	(0,96-3,33)**	(0,93-3,54)*
Observation	1,37 (0,68-2,76)	-	-	1,47 (0,72-3,03)
Abord antérieur	1,47 (0,68-3,17)	-	-	1,27 (0,58-2,81)
Respect des coutumes	-	-	1,96 (0,55-7,03)	2,68 (0,69-10,47)*
Les patientes sont réticentes	-	1,82 (1,00-3,32)**	-	1,85 (0,99-3,46)*
Sentiment de manque de formation et de compétence	2,48 (1,46-4,20)**	-	-	2,71 (1,56-4,69)**
Les MSF sont un sujet tabou et gênant	-	2,13 (0,68-6,71)*	-	2,50 (0,76-8,25)*
La présence du mari est gênante	-	1,23 (0,66-2,30)	-	1,15 (0,59-2,23)
La barrière de langue est importante	-	1,72 (1,00-2,95)**	-	1,69 (0,96-2,97)*

** $p < 0.05$

* $p < 0.20$

Prise en charge des violences sexuelles en médecine générale : étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes

Par le D^r Coralie Leroy Sharma, le D^r Gilles Lazimi

*Département d'enseignement et de recherche en médecine générale de l'Université Pierre & Marie Curie
et centre municipal de Santé de Romainville*

le D^r Gladys Ibanez

MCU, département d'enseignement et de recherche en médecine générale de l'UPMC

le D^r André Soares

Département d'enseignement et de recherche en médecine générale de l'UPMC, centre municipal de Santé de Vitry

et le P^r Anne-Marie Magnier

Département d'enseignement et de recherche en médecine générale de l'UPMC

Contexte : D'après les études, 2 femmes sur 10 et 1 homme sur 20 sont ou ont été victimes de violences sexuelles en France. Celles-ci sont responsables de traumatismes physiques, gynécologiques et psychologiques à court et long terme. Seul 8 % des tentatives de viols ou viols sont signalés à un médecin.

Objectif : Qu'en est-il de la pratique des médecins généralistes dans ce domaine, quelle approche globale ont-ils de ces patients victimes de violence ?

Méthode : Une étude qualitative auprès de 17 médecins généralistes libéraux installés dans le secteur de Marne la Vallée a été réalisée par l'intermédiaire d'entretiens semi-directifs.

Résultats : Cette enquête a montré l'hétérogénéité des pratiques au niveau du repérage, du suivi et de l'orientation des patients, ainsi que la diversité des opinions et des représentations. Les médecins sous-estiment la population concernée et font face à des difficultés concernant le repérage mais ne minimisent pas les conséquences graves de ces violences sur le plan de la santé.

Conclusion : Les médecins rencontrés considèrent que cet accompagnement des patients victimes fait partie de leur rôle de médecin généraliste. Ils manquent de formation, de soutien et de support de réseaux locaux. Ils font aussi face à des limites plus complexes dépassant le cadre de la médecine comme le tabou entourant le sujet de la sexualité et les préjugés communs autour des violences sexuelles et de leurs victimes.

Context: Many patients presenting for general medical care have a history of sexual abuse. It is estimated that 2 in 10 women and 1 in 20 men has experienced rape or rape attempt.

Objective: To explore management by general practitioners of the sexual abuse survivors.

Method: Qualitative study was carried out amongst 17 general practitioners in Marne-la-vallée, France.

Results: General practitioners perceived sexual violence in diverse ways. Doctors underidentify the problem and show difficulties in managing the victimised patients. The damages affecting the health of the victims are never neglected by the general practitioners.

Conclusion: All doctors believe that the management of sexual abuse survivors is a primary care problem. Most doctors lack appropriate expertise, debriefing facilities, support or supervision. General practitioners' management is also affected by more complex problems surpassing the boundaries of medicine. Talking about sexuality remains a taboo and Doctors still come across some common prejudices surrounding the sexual violence and their victims.

Les violences sexuelles sont un problème de santé publique touchant un grand nombre de patients rencontrés en médecine générale. D'après les enquêtes, ces violences concernent deux femmes sur dix et un homme sur vingt⁽¹⁾. En France, trois agressions sexuelles sur quatre se déroulent au sein du couple⁽²⁾. Chaque année, 2 à 5 % des femmes sont victimes de violences sexuelles sur leur lieu de travail^(3; 4). Les conséquences sur leur santé représentent un enjeu important au vu des effets somatiques, psycho-traumatiques et psychologiques de ces agressions. Les violences sexuelles entraînent un ensemble de mécanismes neurobiologiques complexes aboutissant à un stress extrême et à un état de sidération psychique⁽⁵⁾. Les conséquences physiques vont du décès de la victime en passant par les blessures et traumatismes, les douleurs et fatigue chronique, troubles fonctionnels intestinaux, troubles urologiques, pathologies chroniques cardiovasculaires...^(6; 7). Au point de vue gynécologique et obstétrical, ces violences sont responsables d'infections sexuellement transmissibles, de grossesses non désirées et de grossesses pathologiques⁽⁸⁾. Au niveau psychologique l'état de stress post-traumatique est très répandu mais aussi d'autres syndromes comme le syndrome dépressif, anxiété chronique, conduites addictives, troubles du sommeil, troubles des conduites alimentaires, troubles cognitifs...⁽⁹⁾. Ces violences sont un phénomène répandu qui reste mal dépisté, avec une prise en charge hétérogène et encore déniées. Seulement 5 % d'entre elles font l'objet d'un dépôt de plainte⁽³⁾ et 8 % sont signalées auprès d'un professionnel de santé⁽¹⁾.

Qu'en est-il de la situation réelle des médecins généralistes? Se sentent-ils concernés par ces violences sexuelles, problème de santé publique? Comment organisent-ils le repérage et la prise en charge? Se sentent-ils compétents? Quels sont leurs points forts mais aussi leurs limites?

Une méthode qualitative basée sur des entretiens semi-directifs, auprès de 17 médecins généralistes libéraux installés en cabinet dans le secteur de Marne la Vallée a été utilisée. Ces entretiens enregistrés ont été intégralement retranscrits puis analysés. Deux lectures ont permis de scinder les verbatims en unités minimales de signification. Une thématisation a ensuite été réalisée. L'enquête a permis de mettre en évidence une fréquence faible des cas rapportés par les médecins généralistes rencontrés, quelques cas par carrière. Les violences qu'ils ont décrites sont essentiellement anciennes, féminines et se sont produites dans un cadre intrafamilial. Les violences au sein du couple et celles concernant les hommes sont peu évoquées. Le sujet est abordé par les patients eux-mêmes, les médecins ont comme une appréhension à poser les questions. Ils pensent que la réticence vient essentiellement des patients du fait de

sentiments de honte et de culpabilité. Les conséquences des violences sexuelles sur la santé des patients ne sont jamais négligées par les médecins généralistes. Les troubles psychologiques/psychiatriques et la dépression sont les pathologies qu'ils associent le plus aux violences sexuelles. Ils évoquent plus rarement les conséquences physiques et obstétricales. Les médecins de notre échantillon connaissent peu les facteurs de vulnérabilité exposant à ce type de violences. Ils n'osent pas non plus réaliser de certificats dans le cadre de violences sexuelles. On note aussi une méconnaissance des circuits à emprunter en cas d'urgence, l'orientation première vers un commissariat ou une gendarmerie ne semble pas une évidence. Certains médecins ont également émis des préjugés communs avec des questionnements sur la véracité et la réalité des faits et sur l'instrumentalisation des violences sexuelles par certaines victimes. Des médecins généralistes ont fait part des limites qu'ils rencontrent dans leur pratique quotidienne devant ce type de prise en charge. Celles-ci sont à la fois d'ordre organisationnel, relationnel et sociétal. Aucun des médecins rencontrés n'a eu de formation spécifique concernant la prise en charge de patients victimes de violences sexuelles. Peu d'entre eux connaissent et utilisent les réseaux locaux et nationaux, ils travaillent seuls dans leur cabinet. Les médecins ont mis l'accent sur l'importance du suivi du patient ainsi que sur les notions d'écoute et de confiance. Ils ont noté chez un certain nombre des patients qu'ils suivaient dans un cadre de violences sexuelles des évolutions positives qu'ils attribuent à la fois à la libération de la parole et à la prise en charge globale.

Au total, tous les médecins généralistes rencontrés lors de cette étude ont estimé avoir un rôle à jouer dans la prise en charge des patients victimes de violences sexuelles même si celui-ci n'est pas clairement défini. Les médecins ont accepté de se prêter à ces entretiens sans difficulté. Ils se sont montrés intéressés et disposés à discuter du sujet. De nombreux points positifs sont apparus au cours de cette étude. Les médecins ont des opinions plutôt positives concernant leur travail, ils se voient comme des médecins traitants, de premier recours, et accordent de l'importance à la confiance qui peut se nouer dans la relation médecin-malade et dans la nécessité d'être à l'écoute de leurs patients. Ils ne minimisent pas les conséquences physiques et psychologiques des violences sexuelles chez les patients et connaissent l'ampleur qu'elles peuvent prendre. Les médecins adressent volontiers leurs patients victimes à des spécialistes lorsqu'ils ne se sentent pas compétents pour effectuer une prise en charge adéquate. Il ressort également certaines difficultés avec une sous-estimation de l'importance quantitative de ces violences. Les médecins méconnaissent certaines prises en charge et voies d'orientation des patients. Ces difficultés

s'expliquent par notamment le manque de formation sur le sujet et de références pratiques. La place de « médecin de famille » peut parfois se révéler un frein, le médecin « connaissant trop bien » le patient et pouvant manquer de neutralité. Les relations avec le reste de la famille dont il se trouve aussi le médecin traitant et dont un membre peut être également l'agresseur peuvent s'avérer compliquées⁽¹⁰⁾. Plus généralement, il existe encore un tabou autour du sujet de la sexualité que ce soit en médecine ou dans la société en général. Les médecins font face à des préjugés persistants dans la société entourant les violences sexuelles qui restent souvent mises en doute, déniées voir tolérées. Les médecins sont également isolés, ils manquent aussi de soutien et du support de réseaux spécialisés, qui sont peu nombreux et peu connus.

Les prises de conscience de la société et des professionnels de santé sont des signes encourageants mais des progrès sont encore attendus pour une meilleure prise en charge des patients victimes de violences sexuelles dans nos cabinets de médecine générale. Les médecins généralistes doivent donc s'emparer de ce problème. Le rôle actif qu'ils doivent jouer dans le dépistage, la prise en charge et le suivi pourra être défini que par la mise en place de formations initiales à l'instar de l'UPMC et de formations continues et la création de réseaux pluri-professionnels où les médecins généralistes prendront toutes leurs places.

Références bibliographiques

1. Bajos N., Bozon M. et al. Contexte De Sexualité en France. Les violences sexuelles en France: quand la parole se libère. Population et Sociétés. 2008 mai; 445.
2. INSEE. Enquête Cadre de vie et Sécurité. 2007.
3. Jaspard M., Brown E., Condon S. et al. Enquête nationale sur les violences envers les femmes. Nommer et compter les violences envers les femmes: une première enquête nationale en France. Population et Sociétés. 2001 janv; 364.
4. Amoussou G., Dominguez P., Fougeyrollas D. et al. Enquête en Seine-Saint-Denis sur les violences sexuelles faites aux femmes au travail. Revue interne des services déconcentrés du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle d'Île de France. 2009 juin; 69.
5. Salmons M. Psychotraumatisme [Internet]. Mémoire traumatique et victimologie | Mémoire traumatique. [cité 2012 avr 8]. Available de : <http://memoiretraumatique.org/psychotraumatismes/memoire-traumatique>
6. Paras ML, Murad MH, Chen LP, Goranson EN, Sattler AL, Colbenson KM, et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2009 août. 5; 302(5):550-61.
7. Becker-Dreps S., Morgan D., Peña R., Cortes L., Martin C.F., Valladares E. Association between intimate partner violence and irritable bowel syndrome: a population-based study in Nicaragua. Violence Against Women. 2010 juill; 16(7):832-45.
8. Holmes M.M., Resnick H.S., Kilpatrick D.G., Best CL. Rape-related pregnancy: estimates and descriptive characteristics from a national sample of women. Am. J. Obstet. Gynecol. 1996 août; 175(2):320-324; discussion 324-325.
9. Chen L.P., Murad M.H., Paras M.L., Colbenson K.M., Sattler A.L., Goranson E.N., et al. Sexual abuse and lifetime diagnosis of psychiatric disorders: systematic review and meta-analysis. Mayo Clin. Proc. 2010 juillet; 85(7):618-29.
10. Taft A. General practitioner management of intimate partner abuse and the whole family: qualitative study. BMJ. 2004 mars 13; 328(7440):618-0.

La Santé publique en Mauritanie

Par le D^r Clarissou

Ancien médecin chef du C.M.S. de Noisy-le-Sec, directeur du service Communal Hygiène Santé de la Ville

NDLR: le D^r Clarissou est titulaire du Certificat d'Études Spéciales de médecine préventive-Santé Publique et Hygiène, Membre du comité de jumelage Noisy le sec/Village de Djeol en Mauritanie, il a réalisé des missions dans le village pour des projets de développement, de prévention et d'éducation sanitaire et pour la construction d'un nouveau centre de santé.

Il est membre de l'association A.G.I.R.a b c d Association Générale des Intervenants Retraités.

Quatre de leurs projets communs de Centres de santé sont actuellement en cours dont trois avant fin 2013.

La Mauritanie actuelle, République Islamique, issue de la décolonisation est un État sous peuplé par rapport à sa surface (3 380 000 hab). Ce sous-peuplement, paradoxalement, coexiste avec des villes ou des régions surpeuplées: Nouadibou, Nouakchott et un deuxième axe le long du fleuve Sénégal.

Les régions désertiques, sous-peuplées contiennent cependant des villes importantes et des populations nomades isolées ou très éloignées (tentes ou hameaux) reliées par des pistes à des villages dont ils dépendent.

On constate une organisation territoriale par régions, soit 12 et contenant des communes autour d'un village principal ainsi que des hameaux, parfois très peuplés et faisant partie de la même commune. Ces petits villages sont parfois concurrentiels entre eux et souvent habités par des ethnies différentes: Peuls, Soninkés, Bambaras, Beidanes, d'origine arabe.

Constituer dans ces conditions un réseau de santé est une nécessité pour une politique nationale de la santé pour tous et sur tout le territoire. Les principales difficultés de ce projet sont les suivantes:

- Soigner implique des moyens de transport dans les deux sens: des malades en direction de soignants ou déplacements de soignants en direction de villages (infirmiers, sages-femmes, aides-soignants, etc.) ; ceci implique des communications téléphoniques pour alerter lors de situations urgentes qui ne sont pas toujours possibles.
- Des lieux d'accueil, de soins urgents aux blessés, aux malades nécessitant des premiers soins sont indispensables sur place ou en cas d'évacuation d'urgence.

Deux types d'accueil existent ; les postes de Santé tenus par des infirmiers ou aides-soignants (infirmiers médico-sociaux) et bénévoles, ou bien des Centres de Santé type A ou B mieux adaptés à des cas graves, disposant

de matériel médical important et sous la direction d'un ou deux infirmiers diplômés d'État (pose de perfusion, petite chirurgie, réanimation).

Dans ces conditions, il est difficile d'organiser une réponse en soins univoque selon les régions, les populations, les équipements en place par rapport aux besoins sans tenir compte des responsables de la santé, puis des directions régionales et enfin des responsables élus de la commune qui, comme le prévoit la Loi, doivent élire leur « Comité de Santé », chargé d'informer la DRASS des épidémies, des besoins et de la gestion des structures de santé, (centres ou postes) en application de l'Initiative de Bamako.

La situation de la Mauritanie, après la décolonisation, a été assez difficile, l'aide à construire un réseau de santé est progressive et on a assisté à plusieurs étapes:

- Appel aux œuvres caritatives; cet apport non négligeable mais ponctuel, isolé, a consisté en la livraison « clé en main » de structures de santé. Ces œuvres ont cependant permis des progrès en particulier en PMI, accouchement et alimentation des enfants dénutris.
- Appel à la coopération internationale pour définir des projets locaux à intégrer dans la politique de santé (coopération d'État à État). Cette aide issue de la coopération française, via le Ministère des Affaires Étrangères a abouti à la création de Cités Unies France et d'un groupe – pays – Mauritanie, animé et soutenu par le Ministère des Affaires étrangères.
- Des jumelages de ville à ville existaient déjà entre villes européennes après la guerre de 1940, mais à partir de la décolonisation et devant la nécessité d'aider les pays neufs, les jumelages – coopération – de ville à ville, ont trouvé un essor (aspect comité de jumelage + solidarité).
- Apparition, en France de l'importance et du poids des migrants, tant sur le plan des sollicitations que du travail de projets de ville à ville pour le développement

de la culture, des écoles et collèges, des activités des villages... et de la santé. Des progrès décisifs ont été obtenus grâce à leur implication dans la réciprocité des échanges, à leur connaissance du milieu, à leur médiation avec les villageois, et à leur participation active aux projets.

- Mise en chantier de projets sur des besoins perçus en commun comme nécessaires au développement rural (après visite sur place) et accord des parties, à savoir: villageois, Comités de Jumelage, association de migrants.
- Programmation de projets sur des besoins précis identifiés dans des domaines divers avec les partenaires, et concernant par exemple l'Éducation primaire et secondaire (réfection d'écoles, participation à la création de collèges, lycées). Échanges culturels et éducatifs - des deux côtés entre les deux villes - correspondances entre élèves de classes identiques – visites réciproques Mauritanie/France - rencontres sportives et festives - aides aux activités artisanales diverses (tissus, tapis, bijouterie, cultures maraîchères).
- La plupart des villes jumelées de Mauritanie ont identifié la santé comme priorité. 14 d'entre elles sur 24 ont des installations médicales mais beaucoup sont rudimentaires (postes de santé) ou un peu mieux équipées (centres de santé) mais l'insatisfaction des patients est forte. Cependant quelques centres sont actuellement, après réfection complète, rénovation et modernisation, satisfaisants et bien gérés (ex Djeol ou Ouloumbouny).

Il reste beaucoup à faire, mais les Jumelages Coopération, l'action et le dynamisme des villageois, des migrants, et la volonté des D.R.A.S. d'aider à la réalisation des projets est essentielle. Trois projets de rénovation/mise aux normes sont en fin de travaux et l'ouverture est prévue pour la fin 2013.

Le dossier « retraites »

La retraite : Un enjeu de société Une réforme de gauche socialement efficace !

Par Jean-Luc Gibelin

Responsable santé & protection sociale du Pcf

La retraite, passage à l'inactivité ou nouvelle période de la vie sociale est-elle un temps utile pour la société? Les retraité-e-s sont-ils ou sont-elles une charge ou une utilité sociale? Faudrait-il travailler plus longtemps quand on vit plus longtemps? L'important n'est-il pas d'arriver à la retraite en bonne santé?

Un choix de société

Les choix effectués relèvent de la nature de notre vie en société, du rôle et de la place des retraité-e-s. C'est une exigence de justice sociale avec la sécurisation du parcours de vie de la naissance à la mort et un financement, intergénérationnel et solidaire, s'appuyant sur les richesses créées par le travail. C'est un choix de société.

Nous considérons que 60 ans est la bonne limite pour partir en retraite, pour avoir une nouvelle vie sociale et personnelle. Ce choix de société nécessite un vrai temps de débat, il n'est pas envisageable de limiter le débat parlementaire à une quinzaine jours. Il faut un grand débat public!

Un argument souvent répété!

On vit plus longtemps, on travaille plus longtemps! Il faudrait travailler plus, plus longtemps, pour... toucher moins avec une baisse des pensions, une augmentation des années de cotisation et un recul de l'âge réel de départ en retraite à taux plein. Les différentes réformes mises en œuvre depuis celle de 1993, celle de 2003 puis celle de 2010 ont amené un allongement de la durée de cotisation, une perte de pouvoir d'achat des pensions et des difficultés accrues pour des millions de retraités.

Le chômage, la précarité font qu'il est de plus en plus difficile d'espérer partir avec une retraite à taux plein. Jamais le patronat n'a bénéficié d'autant d'exonérations. Le recul de l'âge réel de départ et l'allongement du nombre d'années de cotisations ne feront qu'aggraver la situation.

Est-ce normal de travailler plus en fonction d'une augmentation de l'espérance de vie? Cela est régulièrement présenté comme inexorable. Nous le contestons totalement. Les gains d'espérance de vie n'ont pas voca-

tion à augmenter la durée de soumission au travail mais plutôt d'augmenter le temps de vie hors travail. La vie ne doit pas être uniquement liée au rapport au travail. C'est une bataille idéologique que nous n'avons pas l'intention de lâcher...

La question de la démographie

Le « politiquement correct » assène depuis des années qu'il y aurait une situation difficile au niveau démographique. C'est une manipulation. Contrairement à d'autres pays, en France, le taux de fécondité est de 2.1 par femme. L'augmentation du nombre de retraité-e-s est compensée par l'arrivée d'actives et d'actifs sur le marché du travail. Il n'y a donc pas de catastrophe démographique en prévision.

Les enjeux de la période

Nous avons à faire face à un enjeu de civilisation majeur devant un choix de société: des anciens, charges, sources de profits, ou des citoyens à part entière ayant tout leur place dans notre société pour vivre dignement leur retraite dans de bonnes conditions, après une vie de travail. L'appauvrissement des retraités ne peut qu'entraîner un nouveau recul social.

Lors du conflit de 2010, le mouvement social a imposé le concept de régime par répartition. Même à droite maintenant, cela semble une chose entendue, la capitalisation n'est pas « vendable », la crise financière l'a montrée sous son vrai jour! Ce n'est pas négligeable de mesurer cela. Nous avons raison de porter avec force ce concept de régime par répartition.

Pour autant, la répartition ne suffit pas. Le système mis en place à partir de 1946, c'est de la répartition à prestation définie, c'est-à-dire que le niveau de la pension est établi au départ en retraite et n'est pas une variable d'ajustement, ce sont les cotisations qui évoluent si besoin. Il existe des systèmes par répartition à cotisation définie, comme les comptes notionnels à la suédoise. Dans ce cas-là, le niveau des cotisations est bloqué, ce sont les niveaux des pensions qui sont une variable d'ajustement; comme c'est plutôt à la baisse, cela est, de plus, utilisé par le monde financier pour promouvoir des compléments assurantiels

de retraites ce qui est une nouvelle source de profit pour les assurances et les banques. Il est donc déterminant de réaffirmer notre attachement à la retraite par répartition à prestation définie, la précision est d'importance!

La bataille des idées

L'annonce, par le Président de la République et le Premier Ministre, du maintien de l'âge ouvrant droit au départ en retraite à 62 ans peut apparaître comme une garantie.

Tout d'abord, cela signifierait l'abandon de la référence à 60 ans alors qu'elle était le repère de toute la gauche en 2010. En fait, cette annonce est associée à celle de la poursuite de l'allongement de la durée de cotisation présentée comme indispensable. Or, cet allongement de durée de cotisation se traduirait obligatoirement par un recul de l'âge réel de départ en retraite. En effet, l'augmentation de la durée de cotisation signifie le recul de l'âge limite de départ en retraite mais aussi et surtout le recul de la limite de calcul de la décote inventée par la réforme de 2003.

Cela amènerait donc à maintenir un âge ouvrant droit au départ mais à diminuer le montant de la pension possible à cet âge. En conséquence, ce serait la personne demandant à partir qui déciderait « d'elle-même » de retarder son départ pour diminuer la décote... Il est donc urgent de remettre en cause les réformes depuis 1993 et d'imposer le départ à 60 ans à taux plein.

Nos propositions alternatives

Au contraire des annonces gouvernementales actuelles, nos propositions sont pour une réforme juste basée sur la sécurisation de l'emploi et de la formation, du parcours de vie de la naissance à la mort, permettant à chacun de pouvoir partir à partir de 60 ans avec une pension à taux plein correspondant à une période allant de 18 à 60 ans. Durant cette période, il y aura les cotisations liées à l'emploi salarié, celles des périodes de non-travail avec la sécurisation des parcours professionnels, la validation des périodes d'études, les cotisations liées à l'allocation d'autonomie et de formation de la jeunesse.

Le taux plein correspond à 75 % du salaire de référence. Le salaire de référence doit être à nouveau celui des dix meilleures années pour les salarié-e-s du secteur privé et doit rester celui des six derniers mois pour le secteur public. Il faut bannir la précarité, poser la question de l'emploi, celle de la titularisation dans la fonction publique par exemple. L'augmentation des salaires est une nécessité, il faut exiger tout de suite l'égalité des salaires entre les femmes et les hommes. Lorsque les salariés perdent 1 point de masse salariale, le système des

retraites perd 0,8 milliard d'euros de recettes. Lorsque le pays compte 100 000 chômeurs de plus, le financement des retraites perd 1 milliard d'euros.

Il est indispensable de poser la question de la pénibilité. Il faut d'urgence ouvrir de vraies négociations qui doivent aboutir à un accord majoritaire pour définir les critères de pénibilité et les conditions de sa compensation. Il faut aussi traiter la situation de l'entrée précoce (avant 18 ans) au travail. Elle doit se traduire par un départ anticipé en retraite.

Nous sommes pour une retraite par répartition à prestation définie avec une indexation des pensions sur les salaires, et non sur les prix, aucune pension n'étant inférieure au SMIC. Ce sera une abrogation des réformes BALLADUR et FILLON avec la suppression des décotes et le retour aux dix meilleures années comme référence pour les salariés du secteur privé et aux six derniers mois pour le secteur public.

Une réforme de gauche indispensable

Il n'est pas question d'en rester à la situation actuelle. Il n'est pas envisageable de ne pas remettre en cause les réformes de la droite que la gauche a combattues dans le passé. Une réforme contestée dans l'opposition doit être remise en cause lorsque l'on est dans la majorité. La gauche ne peut pas gérer le droit à la retraite dans le cadre de la mise en œuvre des réformes de la droite. Il faut vraiment un changement. Une réforme de gauche est donc indispensable. Une réforme de gauche doit aussi réellement articuler d'autres leviers que ceux des réformes de droite. Elle doit être socialement efficace.

Quatre pistes de propositions alternatives de financement

- En finir avec la pression idéologique autour du « coût » du travail. Il faut rappeler que les entreprises françaises paient par an, deux fois plus de frais financiers que de cotisations sociales patronales. Nos propositions sur la sécurisation de l'emploi et de la formation, pour de nouveaux pouvoirs des salariés sur les gestions des entreprises, pour un pôle financier public et un crédit sélectif pour l'emploi et la formation sont particulièrement d'actualité.
- La modulation des cotisations sociales patronales en fonction de la politique salariale, d'emploi et de formation des entreprises permet de renforcer l'articulation entre le financement des retraites et l'entreprise. Cela nous permet aussi de porter le développement des cotisations sociales en s'opposant à la financiarisation et à la fiscalisation.
- La suppression des exonérations de cotisations sociales patronales. Inventées pour créer des emplois, elles

sont inefficaces et coûteuses (290 milliards d'euros en vingt ans).

- La cotisation sociale additionnelle sur les revenus financiers des entreprises. En leur appliquant les taux actuels de cotisations patronales de chaque branche, on pourrait prélever dès 2014 plus de 80 milliards d'euros de recettes nouvelles pour la Sécurité sociale, dont 30 pour notre système de retraite solidaire.

Le départ à 60 ans à taux plein, une idée d'avenir

Oui, cette belle idée de la retraite solidaire inventée par Ambroise Croizat et actualisée par le mouvement social est plus que jamais d'avenir. Notre pays en a les moyens. Oui, partir en retraite à taux plein à 60 ans, c'est l'avenir.

Retraite : pour une autre approche

Par **Éric Aubin**

Responsable des questions de retraite à la CGT

Il y a une constante en matière de retraite: depuis 25 ans, cette question est abordée en évitant soigneusement tout débat de fond pour privilégier une approche comptable. Or la retraite est d'abord et avant tout affaire de choix de société. Quelle place les plus de 60 ans doivent-ils occuper? Sont-ils des improductifs et, à ce titre, constituent-ils un poids, voire un fardeau? Au contraire, jouent-ils un rôle irremplaçable qui profite à toute la collectivité? Engager un véritable débat sur les retraites, c'est d'abord répondre à ces questions.

La retraite, un choix de société

Les retraités sont aujourd'hui plus de 15 millions dans notre pays. Autant dire qu'ils ne constituent pas une catégorie homogène. Il y a des retraités pauvres et des très riches, il y a des jeunes retraités et des très âgés, des bien portants et des très malades... Cette diversité, ces disparités n'empêchent pourtant pas que les retraités, dans leur ensemble, apportent une contribution inestimable au fonctionnement de la société. Si cette contribution est le plus souvent non marchande, ne représente pas une valeur d'échange, elle est néanmoins indispensable. On peut citer l'investissement de nombreux retraités dans le tissu associatif qui parfois ne tient que par cet engagement. On peut citer la participation des retraités dans les conseils municipaux ou autres assemblées territoriales. Naturellement, on connaît la place qu'occupent les retraités dans les familles qui permettent dans bien des cas de suppléer aux carences en matière d'accueil de la petite enfance ou de l'enfance. Ces quelques exemples qui ne prétendent pas à l'exhaustivité montrent que la société ne pourrait pas fonctionner sans les retraités.

Partant de ce constat, nous considérons que les retraités participent de la croissance du pays et qu'à ce titre, ils doivent en bénéficier. Au passage, je note qu'une position contraire pourrait conduire à des inepties, par exemple que les enfants ne devraient pas bénéficier des fruits de la croissance, au motif qu'ils ne sont pas impliqués dans la production des richesses.

La retraite, un droit

Originellement créée pour couvrir un risque, la retraite est devenue un droit. Le risque était celui de ne plus être en état de travailler et donc de se retrouver sans

ressources. L'amélioration des conditions sociales d'une manière générale et les progrès réalisés dans le domaine de la médecine ont permis à l'espérance de vie de progresser significativement. N'oublions pas l'importance des conditions sociales car leur dégradation pourrait provoquer une inversion quant à l'évolution de l'espérance de vie, au même titre d'ailleurs qu'une dégradation des conditions d'accès aux soins et à la prévention en matière de santé. N'oublions pas non plus que ces évolutions sont toujours le produit d'un rapport de forces, fait notamment de luttes et de mobilisations.

Toujours est-il que nous sommes passés de la « retraite des morts » de la première moitié du XX^e siècle à une phase de vie durant en moyenne plus de vingt ans. Cette évolution oblige à considérer la retraite d'une manière complètement différente. Le passage du risque au droit doit conduire notamment à revisiter la question du revenu des retraités. Il ne s'agit plus d'assurer à chaque retraité un revenu de subsistance. Il s'agit de permettre, par la pension de retraite, à chacun de vivre pleinement cette nouvelle phase de la vie, de faire des projets, d'être en mesure de s'investir et de jouer un rôle social... Le constat est à ce titre sans appel. Les retraités qui s'investissent le plus ne sont pas les plus pauvres. Pour ces derniers, comme pour les plus jeunes, l'insécurité sociale empêche toute approche autre que celle au jour le jour: comment vais-je manger demain, comment vais-je payer mon loyer, mes factures d'électricité? Pour pouvoir faire des projets, se consacrer aux autres, il faut avoir un niveau de vie convenable et ne pas être contraint de compter en permanence pour atteindre la fin du mois.

Une retraite en bonne santé

La retraite étant devenue un droit, la question posée n'est pas seulement celle de l'espérance de vie, qui jusqu'à présent a progressé, mais bien celle de l'espérance de vie en bonne santé. Dire cela revient bien à considérer que ce n'est pas l'altération de la santé qui doit déterminer le moment du départ à la retraite, comme le voudrait le patronat. Il est d'ailleurs significatif que le patronat et les gouvernements qui se suivent, et se ressemblent en cette matière, ne sortent pas d'une approche de la pénibilité par l'incapacité, donc par un état de santé dégradé.

Les dernières études confirment que l'augmentation de l'espérance de vie ne s'accompagne pas automatiquement d'une augmentation de l'espérance de vie en bonne santé. Ainsi, l'espérance de vie sans incapacité des femmes est passée de 64,3 ans à 63,6 ans entre 2004 et 2011⁽²⁴⁾. Il souligne que dans le même temps, l'espérance de vie des femmes a augmenté de 2 ans et en déduit que les deux années gagnées le sont donc avec une santé altérée. Ce constat bouscule sérieusement l'idée selon laquelle on vit plus longtemps, donc on doit travailler plus longtemps. Ce n'est pas parce qu'elle paraît de bon sens et qu'elle est martelée depuis des années qu'elle est devenue vérité.

Le fait que l'espérance de vie soit étroitement liée aux conditions sociales devrait d'ailleurs conduire à beaucoup plus de prudence. Le recul de l'âge légal de la retraite à 62 ans, la dégradation des conditions de travail, l'intensification du travail mais aussi l'augmentation de la précarité pourraient avoir de ce point de vue un impact négatif. Les espérances de vie annoncées aujourd'hui pour justifier de nouveaux allongements de la durée d'activité, ne constituent en aucun cas une garantie de durée de vie pour les générations qui atteignent l'âge de la retraite. Il s'agit tout au plus d'un constat de la mortalité pour une année donnée.

Une durée d'activité sur une vie qui tend à diminuer

Depuis le début de l'industrialisation (1830-1840) les gens travaillent sur une période de leur vie de plus en plus courte⁽²⁵⁾. Aujourd'hui, on tend vers 35 années de travail sur une vie⁽²⁶⁾. Il s'agit ici d'une moyenne, mais il n'est pas compliqué d'imaginer que l'allongement continu de la durée exigée pour une retraite à taux plein est tel que de moins en moins de salariés réuniront ces conditions de durée.

Conscient de ce paradoxe, le gouvernement parie sur une future augmentation de la durée de travail sur une vie⁽²⁷⁾, ce qui va à clairement à l'encontre du progrès social. On reste néanmoins perplexe sur une telle évolution, compte tenu de la situation de l'emploi. On observe d'ailleurs que le recul de l'âge contenu dans la réforme de 2010 a surtout eu pour effet de faire croître le chômage des « seniors ».

Le véritable objectif de l'allongement de la durée de cotisation : faire baisser les pensions

Si la durée exigée pour une retraite à taux plein poursuit son évolution à la hausse, mais que par ailleurs la

durée réelle d'activité sur une vie se maintient autour des 35 années, la baisse des pensions est inévitable. Si on prend la durée validée à 30 ans, elle est inférieure de 10 trimestres⁽²⁸⁾ pour les générations 1974 par rapport à la génération 1950. La génération 1974 a validé 30 trimestres à 30 ans. Si on lui applique les préconisations du rapport de la Commission pour l'avenir des retraites, soit une durée de 44 ans ou 176 trimestres, il reste à valider pour cette génération 146 trimestres, soit 36,5 ans. Autrement dit, en supposant que l'on puisse travailler jusqu'à cet âge, pas de retraite convenable avant 66,5 ans. En réalité, la cessation d'activité interviendra probablement bien avant cet âge. Encore une fois, ce qui importe, c'est de pouvoir abaisser les pensions et pas de faire travailler les gens plus longtemps.

Emploi et salaires au cœur du débat sur les retraites

On ne peut sérieusement aborder le dossier « retraites » sans affronter les questions de l'emploi et des salaires. Au risque d'énoncer des évidences, pour faire une bonne retraite, il faut un emploi convenablement rémunéré (et de bonnes conditions de travail). Pour une part, les difficultés actuelles des régimes de retraite tiennent au déficit d'emploi des personnes en âge de travailler et à la baisse relative des salaires. La crise n'a fait qu'amplifier ce constat. Ainsi, l'activité est concentrée entre les âges de 30 et 50 ans. Avant, il est de plus en plus difficile d'accéder à un premier emploi, qui plus est un emploi stable. Après, on est considéré comme moins productif et trop cher. Il est urgent de s'attaquer à cette réalité, et pas seulement pour financer les régimes de retraite. Cela dit, on comprend aisément que la baisse du chômage et de la précarité, ces deux fléaux concernant au bas mot cinq millions de personnes, aurait un impact particulièrement positif sur deux plans : d'une part pour les salariés qui pourraient ainsi se constituer de meilleurs droits, d'autre part pour les régimes de retraite qui verraient leurs ressources augmenter.

L'égalité salariale entre les hommes et les femmes : un exemple édifiant

Il est bien connu que les écarts de pensions sont énormes entre les femmes et les hommes. Pour une part, cela tient à des carrières en moyenne plus courtes. Mais cela tient surtout aux inégalités de salaires (et de carrières). Nous avons demandé à la Cnav (Caisse nationale d'assurance vieillesse) de chiffrer les conséquences pour ses comptes de l'atteinte de l'objectif d'égalité. La Cnav a pris pour hypothèse que l'égalité serait atteinte, de manière progressive, en... 2023. Dans ce cadre, l'incidence est plus que significative. Dès 2015, le solde (entre cotisations supplémentaires et meilleures retraites pour

²⁴ Jean-Marie Robine : Inserm.

²⁵ Claude Thélot, *L'évolution du travail : durée, efficacité, activités*.

²⁶ Eurostat.

²⁷ Programme de qualité et d'efficience 2012 « Retraite ».

²⁸ Drees : Les durées d'assurance validées par les actifs pour leur retraite.

les femmes) s'élèverait à cinq milliards d'euros chaque année pour passer à dix milliards d'euros dès 2020, soit la moitié du déficit annoncé pour cette même année pour l'ensemble du système de retraite.

Cela ne peut que nous conforter dans la lutte pour l'égalité salariale. C'est un combat incontournable et essentiel pour aller vers la suppression des inégalités de pension entre les femmes et les hommes.

La question du travail en filigrane

Les conditions de travail sont un des éléments qui pèse également sur la retraite. Pour une bonne retraite, implicitement en bonne santé, il faut œuvrer à leur amélioration. De ce point de vue, la tendance actuelle à la dégradation doit devenir une préoccupation majeure. Avec le chômage et la précarité, elle montre à quel point le travail est aujourd'hui maltraité. Cette maltraitance est une calamité pour la retraite, et pas simplement d'un point de vue comptable. La CGT a décidé lors de son dernier congrès d'investir en grand le travail. Cela signifie qu'elle prend des dispositions concrètes pour aller à la rencontre des salariés et les interpeller sur leur travail, son sens, ses finalités, sa reconnaissance, les conditions dans lesquelles il s'accomplit... Le pari de la CGT, c'est que l'immense majorité des salariés aspire à faire du bon travail, utile à la collectivité, à s'y épanouir. C'est sur cette base que la CGT entend redynamiser l'activité revendicative. Il me semble que c'est là une manière efficace de préparer de meilleures retraites pour demain tant il n'est plus à démontrer que pour connaître une bonne retraite, il faut être bien dans son travail.

Reconnaissance de la pénibilité, tout de suite...

J'ai, de par mes responsabilités à la Fédération CGT de la construction, du bois et de l'ameublement une sensibilité particulière sur cette question de la reconnaissance de la pénibilité. C'est pourquoi je souhaite conclure mon article par ce point. Des dizaines de milliers de salariés qui ont aujourd'hui passé la cinquantaine doivent impérativement bénéficier d'un départ anticipé. Ce que propose le rapport de la Commission pour l'avenir des retraites ne répond en rien au problème. Je le prends même comme une véritable provocation. C'est la raison pour laquelle nous défendons avec force des dispositions qui permettent réellement aux salariés concernés de partir en retraite avant de connaître une dégradation de leur santé, dès 55 ans, avec le plein de leurs droits.

La bataille du financement des retraites : une bataille décisive contre les plans du libéralisme et pour construire une alternative véritable

Par M^{me} Catherine Mills

Membre du Comité de rédaction des Cahiers

Les plans gouvernementaux sur les retraites sont dangereux, ils contribuent à accroître le désarroi des Français qui n'ont pas élu François Hollande pour une telle politique. Ils doivent être combattus avec des propositions alternatives radicales et crédibles.

Le projet de réforme Hollande vise à relever l'âge effectif de départ en retraite et la durée de cotisation, à réduire les pensions et leur financement solidaire. On assiste ainsi à la reprise du dogme selon lequel puisqu'on vit plus longtemps, il faudrait travailler plus longtemps et l'on s'appuie sur l'idéologie réactionnaire selon laquelle les retraites seraient une charge trop lourde pour l'économie et pour la société ce qui exigerait des réformes et des efforts. Pour notre part, nous voulons montrer que les retraites constituent au contraire une chance, qu'une réforme alternative est possible, à la condition de mettre au cœur de nos propositions la bataille pour son financement. On peut financer les retraites de demain, c'est un véritable enjeu de civilisation. Articulées à une politique familiale moderne ainsi qu'à un financement nouveau lié à la promotion de l'emploi et des salaires, elles contribueraient à une issue de progrès à la crise systémique.

Répondre aux enjeux du financement d'une réforme de progrès social des retraites

La part des 60 ans et plus dans la population augmente certes, mais on est très loin de la catastrophe démographique annoncée. En outre l'accroissement de l'espérance de vie en bonne santé permettrait de réaliser la conquête sociale que représenterait une retraite « active ». Les retraités peuvent grâce à l'augmentation de la longévité participer à des activités sociales utiles et créatrices (formation, vie associative et culturelle). En outre, loin de constituer seulement une charge, les retraites jouent un rôle économique majeur; ainsi elles permettent le remplacement et le renouvellement de la force de travail.

Des moyens de financement nouveaux sont indispensables afin de répondre aux besoins sociaux qui montent. Ainsi il faut se donner les moyens de sortir des inégalités sociales face à la retraite: 7 ans d'écart d'espérance de vie

entre les ouvriers et les cadres supérieurs. Elles sont plus élevées encore pour l'espérance de vie en bonne santé. Elles doivent être combattues en agissant notamment sur les causes de la mortalité prématurée des hommes ouvriers.

Il s'agirait aussi de lutter contre les inégalités en matière de pensions et revaloriser en priorité les plus basses qui concernent particulièrement les femmes, dont les pensions sont inférieures de 40 % à celles des hommes. En outre il est indispensable de financer de façon solidaire le risque dépendance, et de créer un nouveau service public de l'autonomie.

Il est impératif de rompre avec la régression du pouvoir d'achat des retraites. Les retraités sont loin d'être des « nantis », et l'on voit resurgir l'importance des retraités pauvres. Il faut au contraire établir un plancher à 75 % du revenu net d'activité pour une carrière complète, avancer l'âge de la retraite, notamment pour ceux qui ont commencé à travailler tôt ou exercent des métiers pénibles.

Notre projet pour les retraites doit s'inscrire dans la sécurisation et le développement de l'emploi et de la formation

Cela tendrait à sécuriser les cotisations; en outre, cela s'accompagnerait d'une prise en charge par des cotisations des années d'interruption de la carrière (chômage, retrait d'activité des femmes) ou d'insertion. Il s'agirait notamment d'instaurer une allocation autonomie - formation pour les jeunes et la prise en charge de leurs années d'études comme période cotisée.

Le taux d'activité et d'emploi des « seniors » doit également être accru: il faut rompre avec l'éviction des travailleurs vieillissants: 2/3 des salariés sont en effet sortis du monde du travail dès 55 ans (retraite anticipée forcée, chômage, RSA...). Cela entraîne une décote de leur future pension, mais aussi des cotisations en moins pour le système de retraite et des prestations chômage supplémentaires, un phénomène aggravé par le report de l'âge de la retraite.

Un nouveau financement de la retraite par répartition : outil majeur de l'alternative à construire contre la réforme programmée par Hollande et pour une réforme de progrès des retraites

Il faut garantir le financement de la retraite par répartition. Celle-ci repose sur la solidarité intergénérationnelle, les cotisations d'aujourd'hui sont immédiatement versées aux retraités actuels. Elles alimentent la consommation, la croissance et l'emploi, alors que la capitalisation repose sur l'épargne individuelle et les placements financiers, au détriment des retraites, de l'emploi et d'un nouveau type de croissance réelle. Cela exige d'oser rompre avec les dogmes libéraux qui présentent les cotisations sociales comme un boulet handicapant l'emploi, en prétendant que cela élève de façon excessive le coût du travail et s'oppose à la compétitivité des entreprises. Au contraire, les cotisations sociales favorisent la demande ; en effet en finançant des prestations sociales nouvelles, elles contribuent à élargir les débouchés des entreprises, elles anticipent une croissance nouvelle et durable, à l'opposé de la logique d'austérité. Les salariés cotisent en fonction de leur capacité contributive et reçoivent des prestations sociales en fonction de leurs besoins.

Nous sommes opposés à la fiscalisation des retraites et au transfert du financement sur les ménages

Ils visent la réduction des cotisations sociales, notamment patronales, et une pression à la baisse sur les salaires et sur les retraites. Cette fiscalisation compromet la gestion paritaire de la Sécurité sociale. La CSG, loin d'être plus juste que les cotisations, ne repose que sur les ménages (et pour 88 % sur les salariés et les retraités tandis que, les revenus financiers ne contribuent que pour 11 %).

De nouveaux moyens de financement pour garantir l'avenir des retraites : emploi, salaires, nouveau type de croissance et de gestion des entreprises au cœur d'une dynamique nouvelle du financement des retraites

- 100 000 chômeurs en moins, cela représente 1,9 milliard d'€ de cotisations sociales nouvelles pour la Sécurité sociale, soit environ 0,8 milliard d'€ pour les retraites. D'où l'urgence de la construction d'un nouveau système visant à sécuriser et à développer l'emploi et la formation.
- 1 % de masse salariale en plus, cela représente 2,5 milliards d'euros de cotisations sociales nouvelles pour la Sécurité sociale soit près de 1 milliard d'€ pour les retraites. D'où l'urgence des luttes pour relever les salaires dans la Valeur Ajoutée.
- 1 point de croissance du PIB représente 2,5 milliards de ressources supplémentaires pour la Sécurité sociale dont près de 1 milliard pour les retraites.

Les cotisations sociales constituent un principe moderne et efficace à promouvoir

Nous proposons la suppression des exonérations de cotisations patronales (30 milliards par an) qui ne créent pas d'emplois et tirent tous les salaires vers le bas ce qui prive la Sécurité sociale de ressources. D'autant que c'est le budget de l'État qui doit compenser le manque à gagner. Nous proposons de réorienter les aides publiques pour l'emploi vers de nouveaux Fonds régionaux et nationaux pour l'emploi et la formation, ce qui exigerait aussi une nouvelle politique du crédit, notamment pour les PME-PMI. Nous voulons dégager de nouveaux financements pour garantir l'avenir de nos retraites en créant une dynamique nouvelle branchée sur le développement des cotisations sociales appuyé sur l'accroissement de l'emploi et des salaires. Il s'agirait d'accroître le taux et la masse des cotisations sociales notamment patronales en réformant l'assiette des cotisations patronales. Cet accroissement pourrait s'appuyer sur une modulation du taux des cotisations patronales en fonction de la politique d'emploi et de salaires des entreprises. Ainsi les entreprises qui licencient et réduisent la part des salaires dans la valeur ajoutée pour fuir dans la croissance financière, seraient assujetties à un taux de cotisation beaucoup plus lourd. L'objectif est d'encourager au développement des emplois, des salaires, de la formation et au contraire de lutter contre la montée des placements financiers. Il s'agirait donc de tenir compte du rapport entre les salaires et la valeur ajoutée, avec l'objectif de relever ce rapport afin de dégager de nouvelles rentrées de cotisations sociales.

Nous proposons de créer une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises et des institutions financières

Ceux-ci s'élèvent à plus de 319 milliards d'euros en 2011 et échappent largement aux prélèvements sociaux. Nous proposons donc de les soumettre au taux global de la cotisation patronale sur les salaires, 10 % pour les retraites, ce qui apporterait plus de 30 milliards d'euros au système de retraites : cela contribuerait à la croissance réelle, contre la financiarisation.

Les retraites constituent un véritable enjeu de civilisation, cela implique ainsi une sécurisation et une articulation de tous les âges de la vie, avec une énorme montée de la formation, du temps libre pour la culture, les activités libres, avec une réduction du temps de travail sur toute la vie. Notre projet est une sécurisation de l'emploi, de la formation et du revenu, tout au long de la vie, ainsi que la promotion des activités créatrices des retraités et de l'autonomie des plus âgés. Cela exige aussi, loin des plans de privatisation, une irrésistible montée des services publics et de la solidarité, notamment la création d'un nouveau service public pour l'autonomie des personnes âgées.

Vers une réforme systémique des retraites et la marche vers un nouveau modèle social-libéral

par Frédéric Rauch

Rédacteur en chef de la revue *Économie & Politique*

La réforme systémique du système des retraites va remodeler l'avenir du pays. Face à l'enjeu et à ses conséquences sociales, le gouvernement a choisi d'aller très vite et de tuer le débat public qui pourtant monte dans le pays, y compris dans son propre camp.

Après des concertations bilatérales éclairées avec les organisations syndicales et patronales conduites au cœur de l'été, qui n'ont pas donné autre chose qu'un pas de deux médiatique du gouvernement avec le patronat chutant sur une nouvelle baisse des cotisations sociales employeurs, en particulier des cotisations familles, le gouvernement s'est empressé de rendre publics ses arbitrages de réforme le jour même de la clôture de la concertation. Une façon de tenter de couper l'herbe sous le pied au mouvement intersyndical du 10 septembre.

Le projet de loi, dévoilé en Conseil des Ministres le 18 septembre et déposé sur le bureau de l'Assemblée le 7 octobre, fut sans surprises. Ses dispositions ne reprennent pas autre chose que les orientations initialement fixées par le Président de la République dans son discours d'ouverture de la Conférence sociale du 20 juin dernier, qui trouvent leurs bases dans le rapport Moreau de juin 2013.

Ainsi, arguant du triptyque « *responsabilité, justice, équilibre* » requis pour l'occasion, les grands axes de réforme proposés confirment l'allongement de la durée de cotisation à 43 ans pour une pension à taux plein en 2035, le relèvement des cotisations sociales retraite, la fiscalisation d'une partie des pensions, ainsi qu'un ensemble de demi-mesures *a priori* positives mais notoirement insuffisantes et non financées, et potentiellement dangereuses pour certaines. Ils créent même une institution nouvelle, le comité de suivi des retraites, initialement appelé comité de surveillance, afin d'assurer l'équilibre comptable permanent des régimes, et qui va être l'instrument d'un changement de nature de notre système de retraite universel et solidaire.

Au total, la philosophie défendue par le gouvernement se coule dans celle qui a prévalu à toutes les réformes antérieures portées par la droite depuis 1993 et les amplifie. Elle participe à la réduction du niveau des pensions de

base servies et vise à transférer la contribution sociale des entreprises vers les ménages.

Une précipitation injustifiée

Pourtant, cette volonté de régler au plus vite et brutalement cette nouvelle réforme des retraites ne se justifie pas. Les risques démographiques et financiers sur le système sont mesurés et les sommes en jeu loin d'être « abyssales ».

L'évolution démographique n'aura pas l'effet dramatique annoncé. Le taux de fécondité en France est de 2,1 enfants par femme. Avec celui de l'Irlande, il est le plus élevé d'Europe (1,57 en moyenne dans le reste de l'Europe). Le déséquilibre futur actifs/inactifs n'est donc plus aujourd'hui un handicap à la survie de notre système de retraite par répartition. L'augmentation du nombre de retraités sera pour une large part compensée par l'arrivée d'actifs sur le marché du travail. Et le financement des retraites des inactifs pourra être assuré. Si, bien sûr, ces actifs trouvent un emploi stable et de qualité.

Le coût des retraites ne sera pas non plus abyssal. Tout d'abord, il faut rappeler que le déséquilibre du régime général de la branche vieillesse ne dépassera pas les 3,3 milliards d'euros cette année. Même s'il ne faut pas s'en réjouir parce que ce montant résulte des mesures régressives prises depuis 1993 qui ont fait chuter à ce jour de 2 points de PIB le niveau des pensions de base servies⁽²⁹⁾, il n'en demeure pas moins qu'il sera inférieur à celui de 2011 (-6 Mds d'euros) et largement en deçà des prévisions. Invalidant l'argument d'une urgence comptable qui obligerait à mettre en place une réforme régressive.

Mais surtout, la progression de la part des dépenses de retraite dans le PIB ne devrait pas représenter plus de 1 point d'ici à 2020! Même le gouvernement est obligé d'en convenir⁽³⁰⁾. D'ici à 2020, la pérennisation

²⁹ cf. Rapport Moreau juin 2013, graphique p. 27. Qui souligne en outre que d'ici à 2040, à législation constante, le cumul des réformes engagées depuis 1993 ferait perdre 5 points de PIB supplémentaires aux retraites servies.

³⁰ « À l'horizon 2020, le besoin de financement est de l'ordre de 21 Mds d'euros, dont 7,6 Mds pour les régimes généraux et assimilés », extrait du discours de JM Ayrault du 27 août.

du financement du système ne nécessitera pas plus de 21 milliards d'euros, dont 7,6 pour le régime général. Or, 20 milliards, c'est le coût *annuel* pour le budget de l'État du Crédit d'impôt compétitivité emploi, que le gouvernement a offert au patronat au titre du « *choc de compétitivité* » du rapport Gallois. Un allègement fiscal des entreprises au nom de la compétitivité, dont le Ministre de l'Économie a bien rappelé lors des universités d'été du Medef, qu'il était octroyé « *sans contreparties, ni contrôle fiscal* »⁽³¹⁾.

Enfin, le financement des retraites est assis sur la richesse produite dans les entreprises. Cette richesse double tous les 30 ans. C'est-à-dire à un rythme plus rapide que la croissance du nombre de retraités! Il y aura donc les moyens d'assumer nos retraites futures.

Alors pourquoi forcer l'allure?

Parce que le gouvernement voit, en premier lieu, dans cette réforme, une occasion de remplir sans le dire les caisses de l'État sur le dos de la Sécurité sociale et de satisfaire à nouveau les appétits du patronat et des marchés.

Comme l'a déclaré F. Hollande le 20 juin à la conférence sociale: « *Nous avons deux obligations, renflouer les régimes d'ici 2020, et au-delà, les équilibrer durablement* ». Une fois encore, l'équilibre des comptes est l'alpha et l'oméga de sa stratégie. Retraités et actifs en feront les frais.

Le rapport Moreau avait envisagé l'ensemble des pistes de réforme du financement de la branche vieillesse pour un montant global de 13,6 Mds d'euros. 10,6 Mds d'euros en direction des ménages: 7 Mds devaient être imputables aux retraités, 3,6 Mds aux actifs. Et 3 Mds aux entreprises. Destiné à jauger l'état d'esprit des Français et à préparer la grande manipulation de communication de l'été, ce rapport a alors permis au gouvernement d'apparaître magnanime dans ses arbitrages et à certains de prétendre avoir obtenu gains de cause.

Pourtant les faits sont là. Retraités et actifs sont les grands perdants de la réforme envisagée par le gouvernement. Sur la base des arbitrages du gouvernement et des calculs du rapport Moreau, les ménages seraient potentiellement ponctionnés à hauteur d'au moins 2,7 Mds d'euros dès 2014, et de 7,3 Mds en 2020.

Quatre mesures principales impacteront actifs et retraités

Concernant les actifs, il s'agit bien sûr de l'allongement de la durée de cotisation et de la hausse des cotisations sociales retraite (décret à venir).

Le projet de loi confirme ainsi la hausse de la durée de cotisation pour le bénéfice d'une retraite à taux plein de 1 trimestre tous les 3 ans à compter de la génération 1958 et pour l'ensemble des régimes de retraite, régimes spéciaux, militaires et fonctionnaires inclus. Applicable à compter de 2017 (au lieu de 2020 prévu initialement), la mesure aboutira donc à ce que les générations 58-60 cotisent 167 trimestres, les 61-63 168 trimestres, les 64-66 169 trimestres, les 67-69 170 trimestres, les 70-72 171 trimestres, et les générations 73 et suivantes 172 trimestres.

Ces dernières générations devront donc cotiser jusque 43 ans pour espérer bénéficier d'une retraite à taux plein. Il s'agit ni plus ni moins que de faire porter la charge du déséquilibre des comptes de la branche vieillesse sur les générations futures en tablant sur une baisse du niveau de leur pension de base. En effet avec une entrée dans l'emploi stable autour de 25-27 ans en moyenne, ces générations ne pourront partir en retraite qu'à l'âge de 68 ans ou 70 ans si elles veulent bénéficier du taux plein! Ce qui renvoie aux calendes grecques la question de l'âge légal de départ à 62 ans et éclaire d'un autre angle l'affirmation du gouvernement de ne pas toucher à cet âge légal de départ en retraite.

Et si on considère en plus, compte tenu de l'application de l'ANI du 11 janvier dernier qui a ouvert les portes d'une flexibilité maximale de l'emploi au nom de la compétitivité, que ces générations ne pourront bénéficier d'une période d'activité complète sur toute leur vie professionnelle, on peut estimer que même en poussant jusque 70 ans, ces générations (comme les précédentes d'ailleurs dans une moindre mesure) ne pourront atteindre les 43 ans de durée de cotisation effective. Rappelons tout de même que dans le privé, la durée moyenne d'activité n'est déjà que de l'ordre de 35 à 37 ans, à savoir en deçà de 6 à 8 années à ce qu'il faudra accomplir pour obtenir le taux plein! Et il n'y a aujourd'hui compte tenu de la politique menée aucune raison pour que cette durée s'accroisse. Il ressort que l'on peut donc d'ores et déjà affirmer que si on ne renverse pas la vapeur, le niveau de pension de ces générations, et dans une moindre mesure celui des précédentes, subira une forte décote au moment de leur liquidation. Là encore rappelons que le mécanisme de la décote instauré en 2003 et approfondi en 2010 a fait perdre près de 15,3 % de pension de base pour 2 années non cotisées. C'est-à-dire qu'avec ces mesures, le gouvernement table en réalité sur près de 40 à 50 % de baisse des pensions de base pour les générations 73 et suivantes. C'est la continuité des réformes menées depuis 1993, qui ont fait chuter à ce jour de 2 points de PIB la part des pensions dans la richesse nationale, et qui la feront chuter de 5 points supplémentaires d'ici à 2060 si rien ne s'y oppose.

³¹ cf. Humanité quotidienne des 30-31- août et 1^{er} septembre 2013

On comprend mieux avec cela le sens de certaines dispositions du texte visant à conforter le cumul emploi-retraite ou à prendre en compte certaines périodes non cotisées pour limiter, malheureusement à minima, l'impact extrêmement régressif de cet allongement de la durée de cotisation.

Pour ce qui est de la hausse des cotisations sociales retraite des actifs, la mesure renvoie à des impératifs comptables qui ne tiennent pas compte des besoins de financement en dynamique de la sécurité sociale. Disons simplement que la hausse progressive des cotisations sociales retraite salariés de 0,3 point jusqu'en 2016 coûtera aux salariés du privé 1 Mds d'euros en 2014 et 2,2 Mds en 2020. Elle participera à la hausse régulière depuis 1990 de la part salariale dans le financement de la sécurité sociale. Cette dernière a augmenté de 1,8 point en 15 ans (rapport Moreau).

Concernant maintenant les retraités, deux mesures phares sont annoncées. Une est incluse dans le projet de loi, c'est le décalage de 6 mois de la date de revalorisation des pensions servies. L'autre a été annoncée par le gouvernement le 27 août dernier, c'est le plafonnement de la majoration de 10 % pour les ménages de plus de 3 enfants et sa transformation progressive en majoration fiscale forfaitaire pour les femmes dès le premier enfant. Cette dernière mesure n'apparaît pas en tant que telle dans le projet de loi du gouvernement. Nous n'avons donc pas d'éléments précis sur les modalités de sa mise en œuvre. Elle a fait l'objet d'un débat intense durant l'été et sera probablement inscrite dans la grande réforme annoncée de la branche famille cet hiver. Néanmoins, le rapport Moreau avait chiffré la perte pour les ménages liée à la suppression de cette majoration : 900 Ms d'euros par an. Si elle devait être mise en œuvre en tant que telle, à savoir à budget constant, elle se traduirait par le fait de déshabiller Pauline pour habiller Jacqueline. Et contrairement à ce

qui se dit, toutes les familles nombreuses ne sont pas dans les couches aisées de la population. Comme mesure populaire d'équité, on trouvera mieux.

En revanche, le décalage de 6 mois de la revalorisation des pensions de base est, lui, une mesure incluse dans le projet de loi. Elle va reporter le moment de la revalorisation du 1^{er} avril au 1^{er} octobre. Cette opération aura lieu en 2014. Ce décalage occasionnera une perte de sèche de l'ordre de 400 à 800 Ms d'euros pour les retraités en 2014⁽³²⁾.

Cette mesure a en fait les mêmes caractéristiques qu'une sous-indexation temporaire des pensions pour l'année 2014. Le manque financier des 6 mois perdus ne sera jamais rattrapé par les retraités. Il s'agit là encore d'une réponse purement comptable au besoin de financement qui fait porter le chapeau aux retraités et qui ne règle pas les besoins de financement réels de la branche.

Des mesures positives en trompe l'œil

Pour autant, cantonner cette réforme gouvernementale à ces seules mesures explicitement régressives nous ferait prendre un risque dans la bataille idéologique. Il ne faut pas en effet négliger d'étudier aussi l'ensemble des mesures annoncées visant à répondre aux besoins réels, sur lesquelles il s'appuie dans sa campagne de communication pour, selon ses propres termes, « équilibrer » sa réforme, la rendre « juste » et sur lesquelles s'appuient aussi certaines directions syndicales pour appuyer la démarche gouvernementale. C'est par exemple le cas de la création du compte pénibilité personnalisé, des dispositions destinées à améliorer les droits à la retraite des femmes, des jeunes actifs et des assurés sociaux à la carrière professionnelle heurtée, des mesures en direction des personnes handicapées et de leurs familles.

32

	Mesures	Rendement	Total 2014
Retraités	Fiscalisation des majorations pour enfants	900 Ms euros dès 2014	Au moins 900 Ms 1,7 Mds d'euros 2, 8 Mds euros
Retraités	Décalage de 6 mois de la revalorisation des pensions en 2014	800 Ms euros en 2014 (données PLFSS 2014)	
Actifs	Hausse des cotisations sociales vieillesse	1 Md en 2014 (2,2 Mds en 2020 et 3,2 Mds en 2040)	Au moins 1 Md d'euros
Actifs	Augmentation de la durée de cotisation pour le taux plein jusque 43 ans à compter de 2020	perte de pension : 2,3 Mds en 2030 et 6,5 Mds en 2040	

Or une lecture attentive du projet de loi qui circule actuellement montre un certain nombre de limites à ces avancées. La création du compte pénibilité personnel est à ce titre symptomatique. Présenté comme un argument fort de justice et une victoire sociale, pas moins de 6 articles lui sont consacrés dans le projet de loi :

- création d'une fiche pénibilité à remplir dans l'entreprise,
- création d'un compte pénibilité proprement dit et ses modalités d'application et d'utilisation,
- création des sources et circuits de financement de ce compte pénibilité,
- transfert des accords pénibilité existants du code de la sécurité sociale dans le code du travail,
- exposé des principes de la majoration de durée de cotisation au titre de la pénibilité,
- suppression des dispositions actuelles de la loi concernant les expérimentations d'accords de branche en matière de pénibilité prévues dans la réforme de 2010 et suppression aussi du comité scientifique national chargé d'évaluer les critères de cette pénibilité.

Pourtant leur lecture détaillée laisse planer une certaine ambiguïté sur les ambitions réelles du gouvernement. D'abord, d'une manière générale, l'ambiguïté transparait dans la mesure où chaque article pose essentiellement des principes et renvoie leur mise en œuvre à des décrets d'application pris en Conseil d'État. Or cette pratique législative et réglementaire est un classique de procédure qui permet de reporter la mise en œuvre de dispositions législatives. Ce fut le cas de l'ensemble des mesures concernant la pénibilité qui furent votées au Parlement lors des réformes de 2003 et de 2010 et sont restées lettre morte faute de mise en œuvre du fait de l'absence de parution des décrets d'application.

Mais surtout, le renvoi aux décrets d'applications ne permet pas de lever le voile sur la réalité concrète de leur mise en œuvre. Par exemple, il laisse dans l'inconnu les modalités de calcul et d'affectation des points de pénibilité liés aux facteurs de risques qu'ils sont censés soulager.

Plus encore, les contenus des ces articles posent un certain nombre de questions. Ainsi, concernant la création de la fiche de pénibilité de l'entreprise, on note que cette fiche restreint le champ d'application de la pénibilité en introduisant deux critères conjugués : modalité d'exposition et périodicité de cette exposition, renvoyant à une notion de « *pénibilité effective* » jusqu'alors absente de la loi et qui était en réalité tranchée par les tribunaux. De sorte que, si cette fiche va simplifier les contentieux, elle risque aussi d'évacuer légalement un certain nombre de situations qui pourrait relever de la pénibilité. Tout dépendra encore du décret d'application.

Une inquiétude renforcée par les caractéristiques du compte pénibilité prévues par le texte. En premier lieu, il faut rappeler que le texte prévoit le bénéfice du compte pénibilité aux salariés, mais en exclue les salariés des régimes spéciaux et les fonctionnaires. Ensuite, il est affirmé que le niveau de la pénibilité dans les entreprises sera défini dans le cadre d'une déclaration des employeurs et non dans le cadre de négociations avec les organisations syndicales. Cette volonté de donner la main à l'employeur sur cette question et d'évacuer le principe d'une négociation sociale de branche ou nationale sur la définition de la pénibilité conduira sans nul doute aux mêmes difficultés à faire valoir ces risques que pour les déclarations de maladies professionnelles dans le cadre de la branche AT/MP.

Autre élément d'inquiétude, la destination des points de pénibilités associés aux facteurs de risques. Le texte en prévoit 3. Ces points de pénibilité acquis par les salariés pourront être utilisés pour le financement de formation de reconversion professionnelle, le financement des majorations de durée de cotisation, le financement de compléments de rémunération et de cotisation vieillesse en cas de baisse de la durée du travail. Ce qui signifie deux choses :

- d'une part, ce sont les conditions de travail pénibles de chaque salarié qui participeront au financement de sa formation professionnelle. Cette mesure conforte le principe d'un financement par le salarié de sa formation professionnelle et alimente le principe d'un désengagement de l'employeur.
- d'autre part, ce dispositif s'inscrit parfaitement dans les clauses de compétitivité-emploi mis en place par l'ANI du 11 janvier 2013, qui prévoient la possibilité d'accords d'entreprise baissant le temps de travail et la rémunération des salariés au nom de la compétitivité. Là encore, ce sont les conditions de travail pénibles subies par le salarié qui contribueront à un relatif maintien de sa rémunération lorsqu'il sera soumis à ces contrats de compétitivité. Le texte allant même jusqu'à proposer que ces points pénibilité soient pris en compte en cas d'indemnisation du chômage.

Autre point d'inquiétude encore, le texte dispose que la gestion des comptes pénibilité des salariés sera opérée par la CNAV, et non la branche AT/MP de la sécurité sociale, dans un cadre comptable distinct de celui de la branche vieillesse et par un conseil de gestion associant organisations syndicales et patronales, État et personnes qualifiées, dont la composition et le fonctionnement seront là encore définis par décret. Tout comme, d'ailleurs, les sources de financement de ces comptes : il est prévu une cotisation assise sur les salaires et une cotisation additionnelle sur les entreprises ayant exposé au moins un

salarié à des facteurs de pénibilité, mais le texte ne dit rien sur leur niveau et leur mode effectif de calcul. En fait, le gouvernement crée une nouvelle institution de gestion des fonds pénibilité, en impute les coûts de gestion à la sécurité sociale, mais n'intègre pas ce dispositif dans notre système de sécurité sociale. C'est une brèche dans la gestion de la branche AT/MP, aujourd'hui financée exclusivement par l'employeur et obligatoirement à l'équilibre.

Les inquiétudes relatives à ce compte pénibilité sont donc nombreuses. Et ce rapide tableau n'est pas exhaustif. Il aurait fallu aussi discuter des raisons du glissement des articles de lois concernant les accords d'entreprise ou de branche sur la pénibilité du code de la sécurité sociale vers le code du travail. Ou encore des motivations de la suppression du comité scientifique d'évaluation des facteurs de risques et de leurs effets sur la santé des salariés, etc.

En bref, il y a autant de flou sur la réalisation concrète de ces dispositions pénibilité que de clarté dans les promesses du gouvernement. Or on retrouve le même flou sur l'ensemble des mesures dites *positives* du texte. Et il résulte au final de leur lecture, qu'ils ne contrecarrent pas les régressions des mesures principales du texte et pourraient même les amplifier.

Des entreprises épargnées par la réforme

Le gouvernement avait annoncé que tous les acteurs contribueraient de manière équitable aux efforts. Laissant entendre que les entreprises participeraient à cet effort. Le résultat des courses montre qu'elles ne seront pas impactées. Pire qu'elles en bénéficieront.

En effet, dans le cadre des concertations menées durant l'été, la contribution des entreprises au financement de la réforme a fait l'objet d'un véritable numéro de claquettes, digne de l'ère Sarkozy. Après avoir clamé sur tous les tons un partage équitable des efforts de financement des retraites et imposé une hausse des cotisations sociales employeurs retraite, le gouvernement a annoncé dans la foulée la neutralisation de ce prélèvement sur les entreprises afin de ne pas peser sur le coût du travail et leur compétitivité.

Le Ministre de l'Économie P. Moscovici, après sa sortie scandaleuse sur le « ras-le-bol fiscal », est même allé jusqu'à garantir aux Universités d'été du Medef que cette hausse des cotisations patronales sera intégralement compensée en 2014, mais aussi sur l'ensemble du quinquennat⁽³³⁾. Pire, affirmant que le CICE ne refermait pas le dossier du coût du travail, il a confirmé être prêt à poursuivre

la logique de baisse du coût du travail en engageant pour 2014 une réforme du financement de la protection sociale, et en particulier de la branche famille⁽³⁴⁾. Une belle perspective pour le patronat d'assouvir enfin son souhait ancien de se débarrasser du financement de la branche famille de la Sécurité sociale!

Pourtant, les cris d'orfraie du patronat devant la hausse de 0,3 point des cotisations sociales patronales retraite ne se justifient pas. Cette hausse est loin de rattraper le recul de 0,7 point de sa contribution sociale au financement de la Sécurité sociale depuis 1993⁽³⁵⁾. Et chacun sait que l'effort demandé sera largement limité par l'exonération des cotisations sociales dont bénéficient les entreprises pour les salaires versés jusque 1,6 SMIC. De sorte qu'au final, si l'ardoise apparente des entreprises s'élève à 2 Mds d'euros en 2014 (1 Md pour les cotisations + 1 Md pour le compte pénibilité), leur contribution effective à la réforme sera nulle, voire négative dans certains cas. Le patronat peut donc être certain qu'il sera le grand gagnant de la réforme. Loin devant les comptes de la Sécurité sociale, et plus loin encore devant les salariés, les jeunes et les retraités.

Il n'y aura donc pas plus de justice que d'effort partagé dans cette réforme qu'il n'y en avait dans les précédentes. Le gouvernement fait une fois encore preuve d'une conception de « la responsabilité, de la justice et de l'équilibre » bien singulière, qui rappelle à s'y méprendre celle que nous avait servie la droite.

Vers une réforme systémique de notre système de retraite par répartition...

Cependant, si elle s'arrêtait à ces mesures, la réforme ne serait qu'une réforme régressive parmi les autres. Or le gouvernement semble vouloir se distinguer de ses prédécesseurs et aller bien plus loin dans la régression, en se dotant des moyens d'en finir avec le modèle solidaire, universel et par répartition de notre système de retraite tel que construit dès 1946, au moyen de la création d'un comité de surveillance/suivi des retraites.

Composé de quatre experts « indépendants » et d'un président nommé par le gouvernement, ce comité aurait pour mission d'assurer l'équilibre financier à moyen et long termes des régimes de retraite, en faisant évoluer en permanence les paramètres, critères et modes de calcul des pensions. Ses conclusions seraient transposées après consultation, mais sans négociations avec les organisations

³³ cf. Le Monde du samedi 31 août 2013, p. 7.

³⁴ cf. idem

³⁵ cf. Rapport du Haut Conseil au Financement de la Protection Sociale, 2013. Qui note aussi que sur la même période la contribution des salariés a augmenté de 1,8 point.

syndicales, ni d'ailleurs débat public national, dans les lois de financement de la Sécurité sociale. Selon les termes mêmes de l'avant-projet de loi, ce comité devra rendre un rapport annuel sur l'état des comptes de la branche qui pourra faire des recommandations portant :

1. sur l'évolution de la durée de cotisation pour une pension à taux plein au regard de l'évolution de l'espérance de vie et de la durée de retraite,
2. sur le taux de cotisation d'assurance vieillesse, de base et complémentaire, mais sous la contrainte d'un plafond défini par décret.

Ainsi, selon les mots même de F. Hollande dans son discours du 20 juin dernier, « *pour éviter une réforme tous les 3 ou 4 ans*⁽³⁶⁾ », durée de cotisation, âge légal ouvrant droit à pension, niveau de la pension servie, modalités d'indexation,... évolueront tous les ans.

Cette mesure institutionnelle est centrale dans le dispositif gouvernemental en ce sens qu'elle donnera à la réforme 2013 des retraites la forme d'une réforme systémique d'ampleur. « Règle d'or » appliquée aux régimes de retraite, elle entérinerait en effet définitivement le plafonnement systématique des pensions servies au nom de l'équilibre des comptes, pour le plus grand bonheur des complémentaires privées. L'option d'une hausse des cotisations étant plafonnée par le texte lui-même, les assurés sociaux n'auront donc d'autres choix que de compléter par une épargne individuelle, s'ils le peuvent, leur pension de base structurellement insuffisante.

Sans le dire, c'est-à-dire sans réaliser le passage aux comptes notionnels ou par points comme le revendiquent certains, cette disposition législative changerait alors la logique de notre système de retraite. D'un système à « *cotisation définie-prestation définie* », à savoir un système où chacun sait combien il cotise et combien il va recevoir de pension, nous glisserions vers un système à « *cotisation indéfinie-prestation indéfinie* ». Chaque assuré social contribuerait toujours plus mais sans savoir ce qu'il percevra une fois à la retraite ni pendant sa retraite. Cette mesure condamnerait ainsi chaque retraité à l'insécurité perpétuelle sur sa pension de base et à des retraites complémentaires par capitalisation.

Notons que cette mesure se combine avec la mise en place d'un compte retraite unique de chaque français. Conçu comme un outil de coordination entre les régimes, ce compte retraite unique est en fait un premier pas vers leur convergence. La logique s'appliquera à l'ensemble des régimes de retraite. Salariés, fonctionnaires,

militaires et salariés des régimes spéciaux sont donc largement concernés.

En réalité, lorsqu'il procède ainsi, le gouvernement ne fait rien d'autre que donner corps aux recommandations régressives et austéritaires de la Commission européenne⁽³⁷⁾ et au programme de réforme structurelle des retraites de la Banque mondiale⁽³⁸⁾. Toutes deux (avec le FMI et l'OCDE) revendiquant la mise en place d'un système de retraite multi-piliers : retraite obligatoire de base publique, retraite obligatoire d'entreprise par capitalisation, retraite individuelle par capitalisation. Ce qui va à l'encontre de la philosophie de notre système de sécurité sociale.

Vers un nouveau « modèle social »

La création de ce comité de surveillance/suivi des retraites, avec ses conséquences institutionnelles et anti-démocratiques (évacuation de la négociation collective), n'est donc pas neutre. Au-delà de la seule ambition autorégulatrice du système, elle s'inscrit dans la marche instituée par la Conférence sociale de juillet 2012 visant la refondation d'ensemble de notre système de protection sociale par une série de réformes sociales, dont certaines sont d'ores et déjà actées, et qui donne forme au « nouveau modèle social » revendiqué par le gouvernement et le patronat.

Il est frappant de constater le parallélisme entre l'option choisie de la complémentaire santé d'entreprise instituée dans le cadre de l'ANI du 11 janvier 2013 et la construction institutionnelle d'un système de retraite qui recherche avec insistance la mise en place de retraite complémentaire pouvant être d'entreprise. Or avec le déplacement du débat sur le financement de la sécurité sociale vers le coût du travail et la compétitivité, les attaques contre notre système de protection sociale semblent avoir pris un sens nouveau dans lequel ce parallélisme trouve toute sa place.

On peut en prendre la mesure à partir de la refonte des relations de travail portée par la mise en place de l'ANI du 11 janvier 2013. Ce texte d'inspiration patronale a donné les premiers éléments de ce nouveau modèle social par le renversement qu'il opère de la logique qui a construit l'ordre social public sur les 100 dernières années. L'ANI constitue une attaque en règle contre cet ordre social avec la flexibilisation de l'emploi comme nouvelle norme, en instaurant un renversement de la hiérarchie des normes

³⁷ cf. Livre Blanc 2012 de la Commission européenne

³⁸ cf. « La réforme des retraites: approche de la Banque mondiale », R. Holzmann, Banque mondiale, article publié dans la « Revue internationale de Sécurité sociale », 2000, vol. 53, n° 1.

³⁶ cf. Discours du 20 juin 2013 à la Conférence sociale du Président de la République.

faisant de l'accord d'entreprise la norme ultime. En procédant ainsi, il a fait glisser le droit social d'une fonction de protection du salarié vers celle de protection de l'entreprise, et notamment de sa compétitivité aujourd'hui appréhendée sous l'angle obtus de la compétitivité-prix.

Or dans cette évolution, l'introduction d'une complémentaire santé obligatoire qui pouvait paraître incongrue parce que relevant d'un champ de compétence autre que celui de l'emploi prend toute sa place. En instituant une assurance complémentaire obligatoire financée conjointement par chaque salarié et l'employeur dans l'entreprise, et non plus à partir des richesses créées dans l'entreprise, le législateur et le gouvernement ont opéré une double modification.

D'une part, en définissant le niveau de la couverture santé et prévoyance des salariés dans l'entreprise et la branche, et non plus à l'échelle nationale, ils ont contribué à renforcer en faveur de l'employeur le rapport de forces social dans l'entreprise et la branche. Celui-ci aura un pouvoir de négociation supplémentaire sur les salariés directement dans l'entreprise, la complémentaire santé, son contenu et son financement devenant un élément de la négociation salariale et sociale. Et de fait une variable d'ajustement des choix de gestion de l'employeur.

D'autre part, ils ont ouvert la voie à l'institutionnalisation d'une couverture maladie à 3 niveaux : un niveau socialisé à l'échelle de la nation : la Sécurité sociale ; un niveau collectif à l'échelle de la branche : la complémentaire santé obligatoire d'entreprise ; et un niveau individuel : la complémentaire volontaire. Or là encore l'introduction de 2 niveaux de couverture complémentaire obligatoire permet un jeu flexible sur les modalités de la prise en charge. D'un côté, le niveau de couverture socialisée peut constituer un matelas de sécurité dans le cas de négociations de branches tendues sur la complémentaire obligatoire, notamment en phase de crise et de recherche de compétitivité-prix. De l'autre, la situation peut être réciproque en phase de croissance. En réalité, c'est bien une recherche de flexibilisation du financement de la branche maladie qui est voulue par ce dispositif qui modifie la nature de son financement, afin de l'adapter aux besoins de compétitivité des entreprises.

Une démarche qui d'ailleurs cadre parfaitement avec la modification structurelle du financement de la branche, tout comme avec les impératifs de contrôle budgétaire du gouvernement. En effet, les évolutions de la nature du financement de la branche maladie font qu'aujourd'hui elle est financée à près de 60 % par la fiscalité, notamment par la CSG. De sorte que dans le nouveau dispositif qui semble se dessiner, la couverture santé des actifs serait

majoritairement financée par les « revenus d'activité » et non plus par la richesse produite dans l'entreprise.

En fait, si la logique promue par le gouvernement contribue effectivement à faire exploser le principe d'universalité de la prise en charge de la maladie, il fait ainsi aussi exploser la logique du « chacun selon ses besoins et chacun selon ses moyens », renvoyant essentiellement à une gestion bipartite Etat-Entreprise de la couverture maladie en France.

Or il apparaît que ce schéma de développement est aussi applicable à la branche vieillesse, et qu'il s'appuie pour cela sur l'institutionnalisation du comité de surveillance/suivi. Cette attaque prend clairement appui sur le livre blanc de la Commission européenne (2012). Ce document prône pour le coup explicitement, dans le cadre de la stratégie de Lisbonne 2020, la construction dans chaque pays européen d'une prise en charge de la retraite en 3 piliers : un pilier public, un pilier complémentaire d'entreprise, un pilier individuel privé. Prenant acte des faiblesses du pilier privé, le livre blanc insiste d'ailleurs fortement sur le développement des retraites complémentaires d'entreprise. Mais avec le souci que ces régimes complémentaires soient « compatibles avec les exigences de flexibilité du marché du travail et de mobilité professionnelle ». Ceci filtrait déjà du rapport Moreau, qui reprenait à son compte l'ambition des Recommandations de la Commission européenne à l'élaboration du budget 2014 de la France. Avec l'allongement de la durée de cotisation pour le bénéfice d'une retraite à taux plein et le recul de l'âge légal de départ en retraite, ainsi que le relèvement de la CSG pour les retraités, semble se dessiner la volonté de désindexer du niveau de l'inflation les pensions de base distribuées. À l'instar de ce qui a été fait pour les retraites complémentaires AGIRC et ARRCO cette année. Cette sous-indexation des pensions de base va acter une chute du pouvoir d'achat de ces pensions et ouvrir la voie au renforcement dans le dispositif du système de retraite complémentaire d'entreprise. Ce qui pourra alors là encore renforcer le rôle pivot du patronat dans le système de retraite et les négociations le concernant, et donc de l'argument de la compétitivité-prix par la baisse du coût du travail dans la gestion du système de retraite.

Réforme des retraites : l'équité en panne

Communication de M^{me} Christiane Marty

Membre d'ATTAC et de la Fondation Copernic lors des Estivales du Front de gauche, le 24 août 2013

On connaîtra la semaine prochaine le contenu de la réforme des retraites. On sait déjà qu'il y aura un allongement de la durée de cotisation nécessaire pour une pension à taux plein et, concernant les inégalités entre les femmes et les hommes, que les dispositifs familiaux seront revus pour être « *mieux redirigés vers les femmes* ». Ces mesures ne répondent pas à la promesse du gouvernement de mener une réforme basée sur l'équité et la réparation des injustices.

1. L'allongement de la durée de cotisation reste dans la logique des réformes passées. Il est présenté comme légitime, au nom de l'argument selon lequel puisque l'on vit plus vieux, il est normal de travailler plus longtemps. Cet argument semble de bon sens, mais en réalité il ne l'est pas du tout.

L'espérance de vie augmente, certes, mais ce n'est pas nouveau : elle augmente depuis 250 ans, mises à part les interruptions dues aux guerres. Cela n'a pas empêché que, dans la même période, le temps de vie individuel passé au travail diminue régulièrement. Cette évolution positive a été permise, au moins jusqu'au milieu des années 1980, par le partage des gains de productivité. Ceci signifie que le partage de la richesse produite peut permettre d'accompagner l'augmentation de l'espérance de vie par une baisse du temps de vie passé au travail : c'est ce qu'on appelle le progrès. Et c'est la réforme Balladur de 1993 qui, en commençant à allonger la durée de cotisation, a initié une inversion historique de la courbe de progrès. Ce serait de la responsabilité d'un gouvernement de gauche se réengager dans cette voie, mais il n'en prend pas le chemin.

On nous dit qu'il est juste de partager les gains d'espérance de vie entre travail et retraite. Même si on se plaçait dans cette logique, ce n'est pas l'espérance de vie qui devrait être considérée, mais l'espérance de vie *en bonne santé*, sans incapacité (c'est-à-dire, selon la définition, sans limitation des fonctions essentielles telles que l'aptitude à se déplacer, se nourrir, s'habiller) : or cette part de vie en bonne santé diminue, selon l'Institut national d'études démographiques (INED). Entre 2008 et 2010, l'espérance de vie sans incapacité a diminué de 0,8 an pour les hommes (de 62,7 à 61,9 ans) et de 1,1 an pour les femmes (de 64,6 à 63,5 ans). Donc la règle actuellement

appliquée sur la répartition du gain d'espérance de vie (deux tiers au travail, un tiers à la retraite) se traduit concrètement par un allongement régulier de la durée de vie au travail et un raccourcissement de la part de vie en bonne santé que l'on peut espérer passer à la retraite. De plus, la retraite se trouve privée de ses meilleures années, qui sont les premières de la soixantaine, et ces années-là sont précisément les plus pénibles de la vie active, comme en témoignent les enquêtes. Il y a mieux comme principe d'équité !

Allonger la durée de cotisation relève de l'hypocrisie lorsqu'on sait – et le Conseil d'orientation des retraites (COR) le reconnaît – que la majorité des salarié(e)s sont déjà hors emploi lorsqu'ils liquident leur retraite : ils sont au chômage, en invalidité, en inactivité (découragés par le haut niveau de chômage), ou en préretraite (dispositif en extinction)... Pour ces personnes, tout allongement de la durée exigée revient à prolonger cette période hors emploi, période souvent vécue en précarité. Pour les chômeurs, cela revient à ce que ce soit l'Unedic qui verse une indemnité de chômage, au lieu d'une caisse de retraite qui verse une pension. Au final, de nombreux salariés – particulièrement les femmes qui ont des carrières plus courtes – ne réussissent pas à obtenir la durée exigée, partent avec une pension plus faible, ou bien doivent attendre l'âge auquel la décote ne s'applique plus, qui est passé à 67 ans. Beaucoup de personnes, en particulier les jeunes, anticipent le fait qu'ils n'auront pas une retraite suffisante et, pour ceux qui en ont les moyens, ont recours à des assurances complémentaires privées, ce qui est l'objectif de fond des réformes. À l'opposé de cette logique du « travailler plus », le progrès consiste à travailler moins et mieux, pour mieux partager le travail entre tous et toutes, mais aussi décider ensemble des choix de production.

2. Les inégalités de pension entre les femmes et les hommes sont d'un niveau élevé. Je rappellerai juste que la retraite amplifie les inégalités qui existent dans la vie professionnelle : le salaire moyen des femmes représente 75 % de celui des hommes, mais leur pension de droit direct ne représente que 58 % de celle des hommes. En plus d'avoir des salaires plus faibles, les femmes ont en effet des périodes de travail à temps partiel et des carrières plus courtes car interrompues pour les enfants. Or salaire

et durée de carrière sont les deux composantes principales du calcul de la pension.

Le système de retraites a en effet été conçu il y a 70 ans sur le modèle de l'homme soutien de famille, travaillant à temps plein, sans interruption et qui bénéficie de droits directs, et de la femme au foyer qui bénéficie de droits dérivés de son statut d'épouse. Le calcul de la pension de droit direct a ainsi été basé sur la « norme » masculine de carrière entière, et il désavantage les carrières courtes. Il aboutit, comme le reconnaît le COR, à un « *effet antiredistributif* » qui accroît « les inégalités en défaveur des assurés à carrière courte, donc des assurés à plus bas salaires et des femmes tout particulièrement ».

À côté des droits directs, des dispositifs familiaux ont été intégrés au cours du temps pour compenser la pénalisation de la carrière des femmes due à la prise en charge des enfants. Ils permettent de réduire les écarts de pension : ainsi, avec ces dispositifs, la pension globale des femmes représente 72 % de celle des hommes. Mais ils n'agissent pas sur la source des inégalités, et même ils les entretiennent car ils enferment les femmes dans le rôle de mère. Certains dispositifs sont attribués sous « condition de cessation d'activité » : ce sont des incitations à se retirer du travail – concrètement ce sont les femmes qui sont concernées – ce qui est nuisible ensuite à leur carrière et au montant de pension. Au bout du compte, les rôles sexués sont pérennisés, les femmes se voient attribuer des droits complémentaires à pension qui agissent au détriment de leurs droits directs. Sans oublier que la maternité n'est pas la seule cause de pénalisation des pensions des femmes : les inégalités de pension entre les sexes sont certes plus faibles pour les femmes sans enfant, mais elles sont loin d'être négligeables, ce qui reste souvent occulté : l'écart entre la pension moyenne des femmes sans enfant et la pension moyenne des hommes est de 19 %.

Au fil du temps, la plus grande participation des femmes au marché du travail et leur qualification croissante jouent – ou jouaient – en faveur d'une réduction des écarts de pension. Mais cette tendance se trouve contrariée par les réformes successives. L'allongement régulier de la durée de cotisation depuis 1993 touche plus fortement les personnes aux carrières courtes. De même, le passage des 10 aux 25 meilleures années pour déterminer le salaire moyen comptant pour la pension a pour conséquence une baisse immédiate de la pension au moment du départ en retraite, et cette baisse est d'autant plus importante que la carrière est plus courte. La décote touche plus de femmes que d'hommes (9 % contre 6 % parmi les personnes ayant liquidé en 2008), et pour un abattement en moyenne plus important : il correspond à 3 années manquantes pour les femmes contre 2,25 années

pour les hommes. Les majorations de durée d'assurance (MDA) accordées aux femmes au titre des enfants ont été considérablement réduites dans le secteur public en 2003, puis dans une moindre mesure, dans le privé en 2009. Les effets de ces réformes n'ont pas fini de se faire sentir.

Comment évoluent au final les inégalités de pension entre les femmes et les hommes ? Selon un rapport de la Commission européenne³⁹ qui compare 29 pays européens, la France se situe dans le peloton de tête (6^e) des plus mauvaises performances, avec un écart de 39 % en 2010⁴⁰. Entre 2005 et 2010, l'écart a augmenté de 10 %. La Commission, qui n'en est plus à un paradoxe près, continue de préconiser l'allongement de la durée de cotisation, en même temps qu'elle attire l'attention sur le fait que cette mesure « *risque d'avoir un effet disproportionné sur les femmes* » !

Quelle démarche pour l'égalité ?

Le gouvernement a annoncé une révision des dispositifs familiaux pour mieux les rediriger vers les femmes. Le problème est que cette démarche est incompatible avec une politique visant l'égalité femmes-hommes. Ces dispositifs sont certes indispensables dans la situation actuelle pour augmenter les pensions des femmes et il n'est pas question de les réduire, même si certains (la majoration de 10 % pour trois enfants) nécessitent d'être revus, j'y reviens. Mais d'une part ils pérennisent l'idée que c'est le rôle des femmes de prendre en charge les enfants, d'autre part ils agissent au détriment de leurs droits directs à pension. Une politique cohérente en faveur de l'égalité doit concilier la réduction des inégalités de pensions entre les sexes avec l'évolution vers un modèle de protection sociale rompant avec le modèle patriarcal. Ce qui implique, non pas d'étendre les droits dérivés pour les femmes, mais de renforcer leurs droits directs à une pension.

Concernant la majoration de pension de 10 % accordée aux parents de 3 enfants (elle représente 6 milliards d'euros), elle doit en effet être revue car elle est doublement injuste. Calculée au prorata de la pension, elle rapporte plus aux hommes qu'aux femmes alors que c'est la carrière des femmes qui est pénalisée par les enfants. Proportionnelle, elle favorise les retraites les plus élevées. Le gouvernement envisage de la transformer en un forfait qui devrait, dit-il, bénéficier essentiellement

³⁹ The gender gap in pensions in the EU, Commission européenne, juillet 2013.

⁴⁰ L'écart de genre est défini par la différence entre les pensions moyennes des hommes et femmes pour les plus de 65 ans, ce qui donne une valeur un peu différente des statistiques nationales.

aux femmes... ce qui continuerait à conforter le modèle patriarcal en n'incitant pas les pères à s'investir.

Agir contre les inégalités de pension nécessite de mener des politiques en amont de la retraite pour lutter contre les discriminations professionnelles entre les sexes, inciter les pères à s'investir à égalité dans la vie domestique et parentale, et pour développer les crèches et permettre ainsi aux femmes de ne pas réduire leur vie active à l'arrivée des enfants. Selon un rapport de l'Institut des politiques publiques *Réformer le système de retraite: les droits familiaux et conjugaux* (juin 2013), pour un même budget, des politiques de prise en charge de la petite enfance sont plus efficaces qu'une compensation *a posteriori* de la pénalisation de carrière des femmes. Il faudrait donc développer ces politiques publiques en amont de la retraite, ce qui permettrait, à mesure qu'elles produisent leurs effets, de réduire d'autant la pénalité de carrière restant à compenser et donc de réorienter progressivement le montant des dispositifs familiaux vers des actions efficaces sur la source des inégalités.

En parallèle, il est nécessaire d'agir sur la retraite et de renforcer le droit direct des femmes à une pension. Cela suppose déjà de revenir sur les mesures passées qui ont diminué ce droit: l'allongement de la durée, le passage des 10 aux 25 années, la décote. De plus, les carrières courtes ne doivent plus être défavorisées par le mode de calcul de la pension. Une solution simple serait de fixer le nombre d'années prises en compte pour le calcul du salaire moyen, non plus en absolu mais relatif, sur la base d'un pourcentage du nombre d'années cotisées, par exemple 25 % : ainsi pour une carrière de 40 ans, on prend en compte les 10 meilleures années; pour une carrière de 20 ans, les 5 meilleures années, etc.

Le temps partiel ne doit plus pénaliser autant la pension: il est souvent imposé par l'employeur pour qui il est très bénéfique, une mesure d'équité serait donc l'instauration d'une sur-cotisation patronale qui permettrait de majorer le salaire pris en compte dans le calcul de la pension.

Enfin, réaliser l'égalité entre les femmes et les hommes en ce qui concerne les taux d'activité – celui des femmes est inférieur de plus de 10 points à celui des hommes – et les salaires procurerait des cotisations sociales supplémentaires, ce qui améliorerait très fortement le financement des retraites (et de la protection sociale) en même temps que les droits directs à pension des femmes. Si le taux d'activité des femmes avait été égal à celui des hommes en 2012, ce sont environ 9 milliards d'euros de cotisations supplémentaires qui auraient alimenté les caisses de retraites, à comparer au déficit qui était de 13 milliards...

Les préconisations pour l'égalité de genre forment système. La réflexion sur la retraite des femmes n'ajoute pas simplement un argument féministe à la nécessité de rompre avec la logique actuelle, elle témoigne que cette logique est incompatible avec tout projet d'émancipation globale.

Les brèves des Cahiers

Obama, victime des Républicains et du patronat, retarde l'application de la réforme de santé

Chacun connaît le combat acharné que mènent les Républicains et l'extrême-droite américaine contre la réforme pourtant bien timide et dessous des besoins qu'a fait voter le Président des États-Unis. Mais déjà une partie du projet a pris du retard. Le gouvernement américain, sous pression des patrons, a finalement décidé de retarder l'entrée en vigueur du volet entreprise de la réforme de la santé de 2014 à 2015. Cela concerne l'obligation des entreprises de plus de 50 employés à fournir une couverture santé à leurs salariés, sous peine d'amendes. Les entreprises doivent mettre en place un système pour documenter leur application de la réforme. « *Le format pour ces formulaires va être simplifié* » a expliqué le Trésor américain. La Fédération professionnelle du commerce (chaîne de restaurants, PME, magasins), a applaudi à cette annonce : « *Ce délai d'un an va permettre aux employeurs et entreprises de prendre le temps de mettre à jour leurs couvertures santé sans le risque d'une pénalité arbitraire* », s'est félicité Neil Trautwein, de la National Retail Federation.

L'autre élément central de la loi, inchangé, rendra obligatoire pour tous les Américains la souscription d'une assurance maladie à partir du 1^{er} janvier 2014, sous peine d'amendes. La Cour suprême a validé cet aspect de la loi dans une décision de 2012, alors que les républicains l'estimaient anticonstitutionnelle. Conséquence majeure : les personnes sans emploi, à faibles revenus ou dont l'employeur ne propose pas de couverture maladie pourront souscrire à une assurance subventionnée par l'État fédéral via un site Internet. Les inscriptions débiteront au mois d'octobre comme prévu si l'État fédéral n'est pas bloqué dans son fonctionnement par les manœuvres politiciennes.

Cliniques, un établissement sur deux en difficulté

Les cliniques privées sont en difficulté selon la quatrième édition du rapport sectoriel des cliniques et hôpitaux privés. Une clinique sur deux au cours des trois dernières années a des difficultés financières. En 2011, 32 % des établissements relevant du secteur MCO ont été déficitaires. Le chiffre tombe à 25 % toutes spécialités confondues. « Je suis préoccupé de la situation économique du secteur, et j'appelle les décideurs publics, les institutionnels et la société civile à la plus grande attention à notre devenir » a déclaré Jean-Loup Durousset, président

de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP). Tiens, revoilà le besoin d'aide publique pour les champions de la gestion ? En réponse, le nombre de cessions immobilières progresse. Résultat, la rentabilité du secteur s'est établie à 1,2 % en 2011. Moralité : les projets de faire des profits sur la santé via la privatisation tombent un peu à l'eau... Mauvaise pioche ? Dans le court séjour, le secteur public gagne du terrain. C'est la conclusion de l'étude que la Drees vient de publier sur la période 2003-2011. L'activité de court séjour a augmenté de 11,5 % et 80 % de cette hausse est due à l'accroissement et au vieillissement de la population. C'est l'hôpital public qui en a le plus bénéficié. Sa part de marché représente 60,6 %, en hausse de 2,4 points, contre 30,9 % pour les cliniques. L'essentiel de cette progression est dû à la chirurgie avec, depuis 2008, un déplacement vers des séjours davantage valorisés. À force de laisser tomber l'activité utile pour le plus grand nombre (moins rentable), le secteur privé se tire une balle dans le pied. Ou bien montre l'erreur d'appréciation de l'idéologie libérale qui l'anime...

Mortalité prématurée évitable, la France toujours mal placée !

Une étude de l'Institut de recherches en santé publique sur les causes de décès en France confirme le niveau encore élevé du nombre de décès avant 65 ans, en clair la mortalité prématurée évitable. Sur 539 083 décès enregistrés en 2009, la France avait un niveau de mortalité prématurée évitable de 261,3 pour les hommes et de 119,8 pour les femmes. Si pour les femmes, le résultat n'est pas mauvais puisque la France avec 261,3 se situe parmi les 12 principaux pays de l'UE à la 5^e place, pour les hommes nous faisons plus mal que tous les autres avec le Portugal et la Finlande.

Les meilleurs scores sont en Italie avec 184,7, aux Pays-Bas avec 179,2 et la Suède avec 169,2. Rapporté à la moyenne des 12 membres de l'UE, la France pourrait sauver quelque 7 600 vies par an. Un chiffre encore plus élevé si le ratio s'alignait sur les 3 meilleurs de la classe, la France verrait baisser sa mortalité masculine totale de 50 000 personnes chaque année... Et on se plaint que les Français vivent trop longtemps !

Résultats 2012 en déficit pour l'Agirc et l'Arrco

Le régime de retraite complémentaire des cadres enregistre un résultat net global déficitaire de près de 1,6 Md€, contre 1,77 Md€ en 2011. Les cotisations versées par les entreprises et par les tiers augmentent de

2,8 %. Les charges, quant à elles, augmentent de 6,4 %. Le déficit technique atteint 2,12 Mds€ et le résultat financier 521 Ms€. Même tendance pour le régime de retraite complémentaire des salariés qui obtient un résultat net global déficitaire de 986 Ms€, contre 1,69 Md€ en 2011. L'accroissement des ressources (cotisations tiers et entreprises) est également de 2,8 %. Les charges augmentent de 6,3 % pour un déficit technique de 2,43 Mds €. Le résultat financier atteint 1,444 Md€.

Avec 5 366 bénéficiaires fin 2011 des dispositions sur la pénibilité en matière de retraite anticipée, on ne peut pas dire que la loi Woerth montrée son utilité. Dans le détail, 3 647 hommes et 1 719 femmes ont bénéficié du dispositif de départ anticipé. 1 359 demandes ont été rejetées, 1 350 sont en cours d'examen. 120 dossiers ont été classés sans suite. De qui s'est moqué le gouvernement Sarkozy ?

Sida : les nouvelles recommandations des experts

Depuis quelques années l'habitude avait été prise devant un cas de Sida débutant de différer le début du traitement et de se contenter de surveiller l'évolution du malade ; l'idée était de retarder l'arrivée des effets secondaires du traitement et d'éviter ainsi au patient la lourdeur de celui-ci. Les experts réunis sous la houlette du Pr Morlat, préconisent dans leur nouveau rapport un traitement précoce dès le diagnostic d'infection à VIH. « Plus on traite tôt, moins le système immunitaire se dégrade et mieux il se restaure », explique le Pr Morlat. C'est un retour à la pratique ancienne. Les experts recommandent un dépistage large, mais ciblé. Ils sont aussi favorables au développement des tests rapides d'orientation diagnostique et à l'arrivée des autotests. En France, 28 000 personnes ignorent leur séropositivité et elles seraient à l'origine de 60 % des nouvelles contaminations.

Retraites : le financement pas résolu dans la durée pour 92 % des Français (sondage)

La réforme des retraites présentée par le gouvernement « ne résout pas durablement le problème de financement » pour 92 % des Français, selon un sondage Clai-LCI-OpinionWay. Selon cette étude, 58 % des personnes interrogées estiment que c'est une réforme « a minima » « qui évite les sujets les plus conflictuels et ne résout pas durablement le problème de financement », tandis que 34 % jugent que c'est une réforme qui vient « compléter »

les précédentes, tout en ne résolvant pas le problème des déficits des régimes. Seuls 7 % pensent qu'il s'agit d'une « réforme ambitieuse qui traite sans tabous des solutions pour améliorer durablement la situation ».

Les plus nombreux à estimer qu'il s'agit d'une réforme « a minima » sont les actuels retraités (64 %) et les 50-64 ans (63 %). Les salariés du privé jugent plus sévèrement (à 62 %) la réforme que ceux du public (43 %). Les personnes ayant voté François Hollande au 1er tour de l'élection présidentielle de 2012 estiment à 87 % que la réforme ne résout pas la question du financement, 54 % la jugeant « complémentaire », 33 % qu'elle est « a minima ». Le sondage a été réalisé en ligne sur un échantillon représentatif selon la méthode des quotas. Au fond, tout le monde est insatisfait mais le gouvernement a néanmoins su démobiliser les luttes sociales contre sa réforme par des manœuvres de communication. Jusqu'à quand ?

Réforme des retraites, ce que l'Assemblée a changé

La loi sur les retraites a été adoptée dans la nuit de vendredi 11 octobre 2013 à l'Assemblée. Quels changements par rapport au projet de loi initial ?

- Pas moins de 6 rapports ont été votés : sur la pénibilité, l'amélioration des pensions de réversion, les conventions bilatérales vieillesse, sur les droits retraites des étudiants post-bac, sur la reconversion des salariés.
- Un débat annuel est prévu sur les pensions publiques
- Le Comité de suivi (et de non de surveillance) des retraites débattera aussi du pouvoir d'achat des pensions.
- Le départ anticipé en retraite grâce au dispositif pénibilité est encore amélioré (souhait des syndicats).
- Les pensions militaires sont améliorées.
- Moyennant une petite cotisation, les stages en entreprise durant la scolarité seront pris en compte pour un maximum de 2 trimestres.
- Création d'une Institution de retraite complémentaire pour les contractuels de droit public et des collectivités locales.
- Les retraites « chapeau » (art. 39 du CGI) gérées en interne sur le plan des engagements de l'entreprise feront l'objet d'une ordonnance de réforme dans les 6 mois suivant la loi en vue de les interdire et d'externaliser les engagements et la gestion.
- L'ATS (Allocation transitoire de solidarité, ex-AER) sera maintenue sous conditions pour les demandeurs d'emploi nés en 1952 et 1953.
- Création d'une UISR (Union des institutions et services de retraite) en vue d'améliorer les relations avec les allocataires.

Santé en 2012 : 12 % du PIB

Les dépenses totales de santé s'élèvent en 2012 à 243 Mds€, soit 12 % du PIB de santé, dont 75,5 % de CSBM (Consommation de soins et de biens médicaux), soit 183,6 Mds€. La progression des dépenses baisse depuis 3 ans pour tourner autour des 2,2 à 2,5 %. À noter la chute majeure du rythme de consommation des médicaments avec une involution en 2012 de 0,9 %. À titre d'information : une personne de plus de 60 ans avec ALD, à domicile coûte 9 400 euros par an ; c'est dire l'utilité de la socialisation du financement. Le taux de socialisation est le même qu'en 2011 : 75,5 % des dépenses médicales totales et 13,7 % pour les assurances complémentaires (en hausse de 1,3 % depuis 2000).

Suicides des MG : « ils ne se donnent pas le droit de souffrir »

En Bretagne, un jeune médecin généraliste a consacré sa thèse aux représentations sur le suicide dans la profession : « Il y a des indicateurs alarmants concernant la santé mentale des médecins généralistes en France », explique le praticien auteur de la thèse. « On trouve des niveaux de burn-out élevés, et une consommation de psychotropes plus élevée que pour le reste de la population. » De manière générale, le taux de suicide est deux fois plus élevé chez les médecins qu'au sein de la population française. Les généralistes seraient même la troisième spécialité la plus touchée par le suicide au sein de la profession, après les anesthésistes et les psychiatres. Ceci témoigne de la crise qui traverse le monde de la santé.

Les notes de lecture

Note de lecture par le Dr Alain Brémaud :

Médiator 150 mg, Combien de morts ?

Docteur Irène Frachon, médecin des hôpitaux, spécialiste de pneumologie, Editions-dialogues.fr

Irène Frachon, pneumologue hospitalière, très au fait de cette rare et meurtrière pathologie qu'est l'HTAP (hypertension artérielle pulmonaire) nous raconte dans ce livre, au travers de ses parcours, ses questionnements, ses engagements, son expérience, ses combats difficiles et longs, ainsi que de nombreux témoignages de valeur, l'aventure semée d'embûches, de 1990 à nos jours, qu'ont vécue ceux qui ont voulu découvrir et faire savoir la vérité sur les effets nocifs et dangereux d'un « médicament » inutile, et cela dans l'intérêt des populations. Elle choisit de privilégier le factuel mettant ainsi en avant son grand souci d'objectivité, son esprit scientifique.

Un livre sur l'affaire du Mediator (benfluorex)! Les laboratoires Servier: des souvenirs désagréables me reviennent. Ce laboratoire représenterait l'excellence française: pauvre France! Peu de produits novateurs mais surtout une déferlante commerciale pour faire prescrire et vendre des produits dangereux et/ou inutiles.

Médecin généraliste depuis 1974, je me souviens qu'à la fin des années 80, il y a plus de 20 ans, alors que je faisais cesser depuis longtemps tous les anorexigènes aux patients qui me consultaient, avoir interdit aux visiteurs médicaux des différents laboratoires du groupe Servier de venir me diffuser « leur bonne parole » dans le Centre de santé ou j'exerçais. Je les avais pris en flagrant délit de mensonges concernant l'Isoméride (dexfenfluramine) et avais fini par leur faire avouer les raisons de ceux-ci. Selon eux, l'Isoméride n'était pas un dérivé des amphétamines, et il n'en avait aucun des inconvénients: c'était ce qu'ils étaient chargés d'affirmer oralement pour convaincre les prescripteurs et surtout jamais ne le faire en diffusant des écrits pour ne pas que le groupe Servier puisse perdre d'éventuels procès.

J'ai lu, et j'espère vous lirez, avec beaucoup d'intérêt cet ouvrage, comme un roman policier ou l'enquêteur essaye d'étayer ses preuves, de convaincre collègues, scientifiques, médias, politiques et décideurs qu'il y a un drame à laisser se poursuivre la diffusion d'un produit meurtrier.

Quel courage, quelle pugnacité face à des requins ne voyant que les intérêts commerciaux, peu soucieux, dans les faits, des bénéfices et des risques sanitaires! Avant de lire ce livre, je croyais, via mon expérience et les différents

médias que je parcours, tout savoir sur l'affaire du Mediator... Or, il y a beaucoup plus à apprendre de cette aventure, de cette enquête, de cette lutte, des différentes étapes qui l'ont constituée, des protagonistes, de leurs rôles, leurs implications, leurs intérêts « adjuvants ».

Tout commence par la commercialisation en 1985 de l'Isoméride, dont l'autorisation est maintenue au fil des années, contrairement aux autres anorexigènes dérivés amphétaminiques, jusqu'à l'arrêt de sa commercialisation et son interdiction en France et dans le monde en 1997 du fait de ses très graves risques cardio-pulmonaires.

L'aventure du Mediator commence en 1976. Molécule très proche de l'Isoméride, il s'agit d'un travestissement d'anorexigène en pseudo-traitement (« adjuvant ») anti-diabétique inefficace mais placé ainsi sur un secteur porteur et présenté en coulisse comme coupe-faim « sans risque ». Il faut 20 ans de sévices sanitaires avant que des individualités s'interrogent sur l'apparement avec l'Isoméride, constatent les mêmes graves conséquences cardio-pulmonaires et tentent d'alerter les autorités « compétentes » sur les méfaits de ce produit galvaudé et inefficace. Est-ce cela une protection sanitaire efficace?

Il faut espérer que de tels témoignages, expériences et luttes servent réellement, pour l'avenir, à faire prendre en compte les risques dus aux conflits d'intérêts des scientifiques et décideurs en postes et référents des choix à conseiller et mettre en œuvre pour prendre en compte les exigences de sécurité sanitaire, sans aucune pollution possible par les intérêts mercantiles. De ce point de vue, hélas, on peut tout craindre, lorsque le mauvais exemple vient d'en haut. N'est-ce pas François Hollande, actuel président de la République Française, qui après avoir promis en campagne électorale (entre autres) de ne pas engager d'exploitation intempestive des gaz de schistes, a comme directrice de cabinet l'épouse du patron de la principale entreprise d'exploitation de ces gaz! Il en est d'ailleurs, en quelques mois, au deuxième limogeage des ministres de l'écologie... Quel monde! Quel espoir! Quel avenir!

Dans tous les domaines, il faudra encore beaucoup de personnes investies et honnêtes comme Irène Frachon pour se battre pour la santé, la sécurité sanitaire, la prise en compte de l'humain prioritairement aux intérêts commerciaux internationaux.

Lire ce livre, c'est être mieux informé bien sûr, mais aussi mieux armé et plus en éveil face aux risques sanitaires ainsi qu'aux risques industriels ou nucléaires présents ou à venir, car il nous enseigne une démarche.

Tout se passe comme si certains de ceux qui contribuent aux divers instituts de surveillance, de régulation, d'autorisation et d'alerte avaient des conflits d'intérêts avérés ou masqués, donnant ainsi l'impression d'œuvrer plus à l'élaboration d'un rideau de fumée camouflant les risques qu'à une véritable surveillance positive de nos environnements.

Lisons ce livre, apprenons à nous défendre et à protéger nos contemporains. Après cette affaire autour de ce produit inutile et meurtrier, il faut des remèdes efficaces. Sinon, à qui le tour?

Note de lecture par le Dr Nadine Khayi, médecin du travail :

La panne

Christophe Dejours, psychiatre, psychanalyste, professeur au CNAM, directeur de l'équipe de recherche de « psychodynamique du travail et de l'activité »

Écrit sous forme d'entretiens, ce livre a pour dessein « de faire ressortir ce que la psychodynamique du travail pourrait impliquer dans le champ des sciences morales et politiques ». L'avant-propos éveille déjà la curiosité. Introduit par le suicide en 2006 d'un ingénieur de la société Renault et la condamnation de l'entreprise pour faute inexcusable, le texte se présente en 4 chapitres d'accès plus ou moins facile.

Le premier chapitre décrit la montée de la souffrance au travail et dans la société; il décrypte la construction de la domination et des outils de cette domination (l'évaluation individuelle, le progrès continu, l'autocontrôle informatique, les mécanismes de défense individuelle qui conduisent aux psychopathologies). Il aborde ensuite la nécessité et les possibilités de résistance (commencée individuellement par petites touches pour entraîner le collectif). C. Dejours décrit son parcours dans la recherche à partir des pathologies rencontrées qui l'ont conduit à comprendre leur rôle dans l'économie psychique de la personne salariée. Il observe le désinvestissement des intellectuels sur le thème du travail.

Le deuxième chapitre retrace la construction de la psychodynamique du travail alors que les désirs de réorganisation du travail ne trouvent pas de débouché du fait du manque d'outils de compréhension de ce qui se joue.

Le troisième chapitre pose la centralité politique du travail en s'appuyant sur les travaux de Christopher

Browning, Jürgen Habermas, Axel Honneth, Hannah Arendt... Il pose le travail comme promesse de réalisation à côté de l'aliénation actuelle.

Le quatrième chapitre pose les conditions de la reconstruction de la société autour du travail en revenant sur la réalité du travail et en donnant la parole aux acteurs de base qui sont les meilleurs spécialistes de leur travail.

Une lecture intéressante à transposer de l'atelier à la cité.

Note de lecture par le Dr Michel Limousin :

Les enjeux du développement de l'enfant et de l'adolescent

Colette Bauby & Pierre Suesser, Éditions Erès

Colette Bauby est médecin de PMI, secrétaire générale du syndicat national de PMI et Pierre Suesser est pédiatre et médecin de santé publique, président de ce même syndicat. Ils sont aux avant-postes de la lutte pour la politique de santé préventive de l'enfant.

Ils développent ici leur conception et invitent le lecteur à la réflexion. Dès la conception, pendant la grossesse et à la naissance, le bébé s'inscrit dans un projet parental, familial, sociétal et dans une histoire transgénérationnelle. Bien plus tard, la dynamique initiale entre en résonance avec celle de l'adolescence: nouvelle période d'instabilité, de révolte quelquefois, de mélange de crainte et d'espoir. Équipement somatique, plasticité cérébrale, premiers liens, rencontres diverses dans le cadre familial et l'environnement social, individuation, socialisation: le développement de l'enfant et de l'adolescent dans toutes ses dimensions est la préoccupation centrale des professionnels de l'enfance et de la santé.

La connaissance des stades développementaux, de leur variabilité et de leur hétérogénéité, l'attention aux périodes sensibles leur permet de mieux appréhender et accompagner préventivement les difficultés habituelles des enfants et des adolescents, mais aussi de discerner et de soigner de manière adaptée les perturbations plus profondes. Les auteurs issus d'horizon professionnel différent croisent leurs approches pour offrir un outil de travail synthétique et actualisé.

Note de lecture par le Dr Brémaud :

Un projet global pour la stratégie nationale de santé finalisé le 21 juin 2013

Rapport du comité des « sages » présidé par Alain Cordier

Ce comité des sages constitué à l'initiative du premier ministre et chargé par la ministre de la santé de cette étude, est constitué, outre son Président, de Geneviève Chêne, Gilles Duhamel, Pierre de Hass, Emmanuel Hirsh, Françoise Parisot-Lavillonnière, Dominique Perrotin, aidés par des inspecteurs de l'IGAS et un auditeur de la Cour des comptes.

Ce rapport intéressant, original dans sa démarche et ses objectifs, riche de nombreuses propositions organisationnelles et s'appuyant sur des valeurs humaines et sanitaires risque d'être malheureusement sans suite... Faute d'un consensus entre la Ministre de la santé et les acteurs de ce rapport, il n'y aura probablement pas de remise officielle ni de publication de celui-ci. Seules des fuites ont permis que nous puissions en prendre connaissances. Enfin l'équipe qui avait porté ce dossier est « partie »...

A. Un rapport et 19 recommandations basées sur des valeurs

Citons quelques-uns des principes qui ont présidé aux choix et propositions faites dans ce document :

- Définir une stratégie nationale de santé, non par rapport aux seuls soins, mais bien par rapport à la notion globale de santé,
- Reconstruire notre système de santé, bâti de façon empirique et par empilement, autour du malade, avec une organisation repensée au plus près des usagers,
- Poser le pari stratégique qu'une organisation mieux coordonnée et plus collaborative permettra de mieux dépenser,
- Fixer le décloisonnement entre les compétences et entre soins et accompagnements comme priorité,
- Établir une stratégie nationale pour la santé de toute la population, respectant la démocratie sanitaire et posant comme objectif prioritaire l'accessibilité économique, culturelle, géographique à la prévention et au soin,
- Prendre en compte l'ensemble des déterminants sociaux et environnementaux pour la santé,
- Mieux adapter la formation professionnelle aux défis actuels,
- Favoriser le travail collaboratif entre acteurs sanitaires et sociaux, entre aidants professionnels et familiaux,
- Investir dans la recherche en particulier en santé publique,
- Réguler de manière plus cohérente le pilotage du système de santé,

- Gérer à l'équilibre et réorganiser nos flux de dépenses,
- Rechercher les meilleurs soins possibles pour tous.

B. Les défis et les objectifs

- Six défis principaux sont recensés :

- L'accès aux soins, en particulier pour les plus fragilisés (socialement, sur le plan éducatif, linguistiquement), qui est aggravé par la carence et l'hétérogénéité de l'offre de soins et d'accompagnement.
- La transition démographique et épidémiologique.
- Les évolutions scientifiques et techniques.
- Le financement durable.
- L'égalité de traitement associée à la réponse personnalisée.
- L'impact des différentes politiques publiques sur la santé collective et les inégalités sociales de santé.

- Les objectifs

- Améliorer l'efficacité des parcours de soins et de santé : mieux soigner et mieux prendre soin, savoir intervenir en complémentarité, renforcer la sécurité des soins, améliorer la communication et la collaboration entre professionnels, développer une médecine de parcours incluant la prévention, développer des compétences permettant une complémentarité d'offre de soins et d'accompagnement sur un territoire donné.
- Arriver à une gestion à l'équilibre des dépenses de santé, sans oublier que celles-ci contribuent à la croissance de la richesse nationale, à la bonne santé de la population, à l'activité économique du pays ainsi qu'à la recherche et l'innovation. Mieux dépenser mais pour mieux soigner et mieux prendre soin.
- Développer la médecine de proximité et le maintien à domicile et favoriser le financement de l'exercice pluri-professionnel de proximité.
- Envisager des modes de rémunérations de prise en charge des patients nouveaux et lutter contre les dépenses inappropriées.

- Les réponses actuelles sont insuffisantes

Beaucoup de difficultés ont déjà été relevées mais les réponses sont lentes et insuffisantes comme celles ébauchées pour le rôle central du médecin généraliste et du médecin traitant, la place des réseaux, le développement de l'exercice regroupé en ville, l'amélioration des échanges d'informations entre professionnels, la mise en place d'un dossier médical partagé, le pilotage des hôpitaux, l'articulation entre ministères, la place excessive de l'hyperspécialisation, le pilotage de la démographie des professions de santé, le déséquilibre entre le prendre soin et le soin, les difficultés d'accès aux soins, les hospitalisations et recours aux urgences inappropriées, la place des thérapeutiques ambulatoires sous estimée...

C. Les 19 recommandations

Celles-ci sont prioritaires et devraient être mises en place dès maintenant de manière réfléchie et concertée.

1. Promouvoir la santé de chacun et de tous

Enfin un rapport qui propose comme première recommandation stratégique l'organisation, la coordination, le développement et le financement de la promotion de la santé.

2. Impliquer et accompagner la personne malade, soutenir l'entourage et cela en prenant en compte les inégalités sociales de santé.

3. Créer une instance représentative des associations des usagers du système de santé et soutenir la démocratie sanitaire dans son implication territoriale.

4. Favoriser la constitution d'équipes de soins de santé primaire

Cette recommandation et les 5 suivantes doivent contribuer à passer d'une logique de structures et de moyens à une logique de services. Ainsi, les rapporteurs constatent que l'exercice libéral en solitaire est de moins en moins adapté, il faut donc favoriser l'installation d'équipes de soins de santé primaires. Pour cela il faut : mettre en place une grille d'autoévaluation des structures de soins de santé primaire adaptée au modèle des maisons, pôles et centres de santé ; contractualiser ceux-ci sur des objectifs définis, favoriser la rémunération de consultations spécialisées avancées ; engager l'assurance maladie et les complémentaires à développer le tiers payant pour tout le secteur 1. Il faut repenser les dispositifs de prévention et de soins en santé mentale. Il faut engager l'HAS à produire des référentiels prenant en compte les aspects médicaux mais aussi d'environnement social et économique. Il faut poursuivre la simplification administrative.

5. Garantir pour les malades chroniques une coordination des professionnels de santé, sous la responsabilité du médecin traitant

6. Renforcer les outils d'appui à l'intégration des acteurs territoriaux

7. Créer un service public de l'information pour la santé

8. Se donner les outils de la coordination et de la continuité ville-hôpital

Redéfinir la fonction de l'hôpital avec une organisation centrée sur le parcours du patient sur le territoire et en interne. Réfléchir au service public territorial.

9. Optimiser la place de l'hôpital dans le territoire de santé

La coordination soignante relève de la médecine de proximité et les établissements de santé doivent lui fournir l'apport de compétences dont le parcours d'un malade peut avoir besoin.

10. Aider à la transmission d'informations entre professionnels de santé

11. Développer la télémédecine à bon escient

12. Mieux garantir la pertinence des organisations et des actes

Développer des indicateurs de pertinence, tenir compte des besoins sociaux et humains dans la définition du parcours de soins personnalisé et élaborer des recommandations « de ne pas faire ».

13. Réformer les modalités de rémunération et de tarification

La médecine de parcours passe par des tarifications incitant à un travail soignant plus transversal et plus coopératif entre hôpital, soins de ville et médico-social, avec des formes d'exercice pluri-appartenantes et pluri-professionnelles et valorisant la prévention. Ils préconisent :

- d'envisager le financement d'organisations de prises en charges mieux coordonnées et plus efficaces sur des critères simples.
- de pérenniser les nouveaux modes de rémunération en ambulatoire contractualisés à partir d'un contrat type basé sur le nombre de patients suivis et sur les matrices de maturité.
- de prendre en compte le temps clinique et le temps de coordination sur les rémunérations des équipes tout en confortant le mécanisme d'intéressement sur objectifs de santé publique.
- d'identifier une dotation en sus pour la coordination de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques.

Il pourrait être envisagé une tarification à l'activité et une allocation de moyens négociés sur objectifs.

14. Repenser la formation pour répondre aux nouveaux enjeux

Celle-ci doit garantir la compétence, les valeurs humanistes, le regard critique et la capacité de travailler en équipe.

15. Œuvrer au développement de nouvelles fonctions et de nouveaux métiers de santé

Ainsi, le métier d'infirmier clinicien.

16. Mieux cibler et mieux coordonner les programmes de recherche

17. Renforcer les capacités prospectives et stratégiques

18. Avec les ARS faire le choix de la subsidiarité

S'engager dans une réelle stratégie régionale de santé en étant en capacité d'anticiper et d'accompagner des projets de réorganisation des soins de proximité. Enrichir le système conventionnel actuel par des conventions nationales cadre (maîtrise d'ouvrage) et des conventions territoriales (maîtrise d'œuvre).

19. Réorganiser le pilotage national

Afin d'éviter l'actuelle bipartition majeure du pilotage et de la production des politiques de santé : promotion et prévention/sécurité sanitaire/soins hospitaliers sous pilotage État et par ailleurs soins de ville/remboursement des soins/indemnisation de l'incapacité de travail sous

pilotage assurance maladie, il faudrait asseoir la fonction stratégique et le rôle pilote de l'État, créer une direction générale de la stratégie nationale de santé, identifier un pilotage propre à la veille et la sécurité sanitaire, réorganiser la gestion des données de santé et identifier un acteur de la régulation par la qualité.

D. Et maintenant ?

Ce rapport a le mérite d'envisager une réorganisation de notre système de santé en centrant celle-ci sur l'usager, ses besoins, ses parcours, sa prévention. Il a des limites car n'osant aller trop loin, mais déjà ainsi il est enterré vivant par le gouvernement. En effet, on ne perçoit pas bien le maillage national et local de réponses aux besoins de soins et de santé. Qui fait quoi reste à mieux expliciter. On peut regretter aussi l'inégalité d'importance des sujets envisagés dans l'énumération des termes abordés. Mais le constat des déficiences de notre système est juste, les perspectives d'avenir à prendre en compte sont riches et l'ensemble est basé sur des valeurs éthiques, sanitaires et humaines qu'on ne peut que saluer.

E. Pour terminer l'étude de ce rapport j'aimerais insister sur trois points que les auteurs soulignent :

1. Les défauts du paiement à l'acte : selon eux, celui-ci ne garantit pas la pertinence de l'activité et ne conduit pas aisément au travail d'équipe et aux transferts de compétence entre professionnels de santé. En outre, il n'est pas conçu pour rémunérer des missions, des responsabilités, du temps d'étude ou de coordination, ni non plus l'accompagnement du malade et son éducation thérapeutique ainsi que le suivi médical à distance de certains patients. Quant aux dépassements d'honoraires, ils questionnent pour ce qui est de l'accessibilité sociale.

2. De la même manière, les auteurs du rapport constatent que le financement des hôpitaux par la T2A a fait progresser la productivité par augmentation de l'activité, surcodage de certains actes et réduction des facteurs de production. Ce mode de financement a favorisé des effets de rente, instillant la notion de malades plus « rentables ». Elle a ajouté à l'objectif de maîtrise de la dépense une recherche de majoration des recettes. Elle n'a en rien incité à la prise en compte de la qualité et ne garantit pas la pertinence des augmentations d'activité. Elle a conduit à renforcer des déséquilibres territoriaux et une spécialisation accrue de l'activité non souhaitable. Enfin, dernier constat : son évaluation est très insuffisante.

3. Les rémunérations complétant ou se substituant au paiement à l'acte sont expérimentées dans les maisons et centres de santé. Dans un grand nombre de centres de santé les soignants sont rémunérés à la fonction. Selon les rapporteurs, l'objectif est largement reconnu de favoriser

le regroupement d'équipes pluri-professionnelles dédiées aux soins de santé primaire. Ils observent que la forme la plus aboutie à ce jour en semble être le centre de santé et la maison de santé pluri-professionnelle : ces regroupements permettent de faciliter la coopération avec les autres secteurs du système sanitaire et social, et les élus ; ils sont attractifs pour les jeunes professionnels, offrent plus de possibilités de transfert de compétences (coopération) qui libèrent du temps médical permettant un meilleur suivi des maladies chroniques ; enfin ils correspondent aux attentes des patients, garantissant la continuité des soins et regroupant tous les professionnels sur un seul site. Toujours selon eux, cet exercice est prometteur en France et à l'étranger.

Voilà un rapport qui bouscule et qui interpelle !

Le courrier des lecteurs

« Nationaliser l'industrie pharmaceutique »

Par Boris Campos, Interne en Médecine de 8e année

La course aux profits constitue le moteur du système économique actuel. Dans le domaine de la santé, cette obsession pour la rentabilité maximale prend un caractère particulièrement inhumain. Car pour les magnats de l'industrie pharmaceutique, la santé de leurs clients n'est finalement pas la priorité : elle ne leur importe que dans la mesure où un médicament qui a des effets bénéfiques se vendra plus facilement – et rapportera plus d'argent. Ils affirment que la société leur est redevable : « sans nous, pas de médicaments ». Ils se targuent d'investir des millions et des millions dans la lutte contre les maladies – et justifient ainsi leurs bénéfices, comme un honnête retour sur investissement. On aurait tort de les croire. Il faut savoir qu'ils bénéficient déjà de nombreuses aides publiques : crédits d'impôt, subventions publiques directes, prix de vente favorables, etc. Et si la fabrication d'un médicament, du développement à sa production, a un coût, il est loin d'être celui affiché par les grands laboratoires.

La promotion commerciale : un gouffre financier

Plus un médicament se vend, plus il rapporte. Et comment fait-on pour vendre un produit ? On fait de la pub. Soit il s'agit d'un « médicament » sans ordonnance et on ira s'adresser directement aux consommateurs : on est alors dans la stratégie d'un classique produit de consommation. Soit il faut que le médicament soit prescrit, et dans ce cas-là on doit s'adresser au prescripteur : le médecin. Et pour cette tâche, une armée de visiteurs médicaux est déployée.

Le visiteur médical bien rodé dispose de plusieurs angles d'attaques. Tout d'abord, il commence par poser des questions qui n'ont rien à voir avec le produit qu'il est venu présenter. Il fait mine de s'intéresser à votre personne. Et qu'on le croie ou non, il n'est pas rare qu'un médecin prescrive un médicament tout simplement parce que le visiteur était « sympa ». Puis vient la présentation de l'étude qui a permis à leur dernier bijou d'obtenir l'autorisation de mise sur le marché (AMM). Enfin, après ces présentations qui prouvent aussi scientifiquement que possible qu'il faut prescrire leur marchandise, un bon visiteur médical doit faire naître dans le cœur du soignant l'impression qu'il lui est redevable de quelque chose. Aussi lui donne-t-il des stylos, des blocs-notes, des échantillons, des babioles pour le laboratoire, souvent aussi pour le soignant. Aussi insignifiantes que soient ces babioles, elles ont une influence sur le prescripteur. Pour en expliquer le mécanisme, on pourrait s'étendre sur des pages et des pages en considérations psychologiques.

Contentons-nous de souligner que si ça ne marchait pas, ils auraient arrêté depuis longtemps !

Bien sûr, les cadeaux du visiteur médical ne se limitent pas à des babioles. Il a en réserve une panoplie d'avantages : défraiement pour assister à des congrès, impression d'articles à accès payant, primes à l'inclusion de patient dans une étude, repas aux frais du labo, etc. Cette liste n'est pas exhaustive, mais une chose est sûre : être en bons termes avec un visiteur médical peut être profitable, et pas juste pour avoir de quoi écrire quand on est encore en rade de stylo.

Mises bout à bout, ces dépenses sont colossales. Une étude⁽⁴¹⁾ établit qu'aux États-Unis la somme totale des dépenses de marketing est passée de 11,4 à 29,9 milliards de dollars entre 1996 et 2005. Pour avoir un ordre d'idée, les différentes estimations concernant les investissements nécessaires pour éradiquer la faim dans le monde sont toutes inférieures à 10 milliards de dollars par an, soit trois fois moins. Pour défendre le prix de leurs médicaments, les laboratoires focalisent l'attention sur les coûts associés aux années de recherches et de développement. Mais, aberration du capitalisme, de plus grandes sommes d'argent sont employées à stimuler la demande d'un produit qu'à son développement et sa production : les firmes pharmaceutiques dépensent en moyenne *deux fois* plus pour la promotion commerciale que pour la recherche⁽⁴²⁾ !

Les dividendes au détriment de l'emploi

Sur chaque médicament vendu, le laboratoire doit se faire une marge suffisante pour que le rapport recettes/dépenses global puisse satisfaire l'appétit des actionnaires. Le cas de Sanofi illustre bien la tendance générale à l'œuvre dans les grands groupes pharmaceutiques⁽⁴³⁾ : faire croître la part des bénéfices qui revient aux capitalistes. Entre 2005 et 2010, les dividendes versés par Sanofi ont augmenté de 65 %. Les dividendes de 2,65 euros par action pour l'année 2011 représentaient un taux de distribution de 40 % - soit 3,5 milliards d'euros sur les 8,8 milliards de bénéfices réalisés en 2011. Mais cela reste insuffisant : la direction a pour objectif, d'ici 2015, de distribuer 50 % des bénéfices sous forme de dividendes aux actionnaires !

La part des richesses créées accaparée par les actionnaires ne peut l'être qu'au détriment des salariés et des investissements. Soit de manière relative – soit, lorsque le

⁴¹ *A Decade of Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs*: Julie M. Donohue, Ph. D., Marisa Cevalco, B.A., and Meredith B. Rosenthal, Ph. D.

⁴² GAGNON, M.A., LEXCHIN, J. : PLoS Medicine 2008

⁴³ <http://www.humanite.fr/social-eco/big-pharma-des-profits-et-des-pertes-d-emplois-506681>

contexte économique menace l'augmentation du chiffre d'affaires, de manière absolue: il faut alors se lancer dans de grandes restructurations, réaliser des économies pour préserver les profits. C'est pourquoi Sanofi annonce, en même temps que des bénéfices records, un plan de 2 milliards d'économies sur la période 2012-2015, avec notamment la suppression de 900 emplois d'ici 2015, alors que près de 4 000 postes ont déjà été supprimés ces trois dernières années. Mais Sanofi n'est pas un cas isolé: Pfizer⁽⁴⁴⁾, MSD, Merck KgaA, Abbott et consorts – c'est-à-dire les plus gros laboratoires du monde – suivent la même logique. Le secteur a déjà perdu 31 012 emplois entre 2008 et 2010, et la saignée se poursuit. Prise dans son ensemble, l'industrie pharmaceutique a ainsi annoncé 28 plans de « sauvegarde » de l'emploi en 2011, en France, après une vingtaine en 2010. En juin 2012, on en dénombrait déjà une quinzaine d'autres.

La recherche en panne

« Produire des médicaments, d'accord, mais à condition que cela nous enrichisse! » : voilà le raisonnement qui oriente la recherche privée, définit les stratégies des laboratoires, justifie les campagnes publicitaires et pousse au lobbying pour négocier avec l'État les prix les plus élevés. Mais l'enrichissement de grands actionnaires n'est pas compatible avec l'intérêt général. Des milliers d'individus meurent du paludisme; mais à quoi bon se lancer dans de vastes recherches dans ce domaine, puisque les « clients » concernés ne seraient pas solvables? C'est ainsi que des domaines entiers de la recherche sont pratiquement abandonnés pour la simple raison que le coût de production serait supérieur aux bénéfices escomptés.

Les études sont chères, mais elles sont désormais la condition *sine qua non* pour obtenir l'AMM. Alors, pour limiter les risques, l'objectif d'une étude se limite bien souvent à une « preuve de non-infériorité ». Essayer de prouver que telle molécule est d'une efficacité supérieure au médicament de référence, ce serait prendre bien trop de

risques: que d'argent perdu si l'étude ne conclut pas dans ce sens! En conséquence, un grand nombre d'études⁽⁴⁵⁾ se contentent de prouver qu'une nouvelle molécule a une efficacité d'au moins 70 % équivalente à la molécule de référence. On peut alors difficilement parler de réel progrès: on ne cherche pas à démontrer une avancée, mais à prouver un non-recul, voire un recul limité!

Comme dans tout autre secteur industriel, les laboratoires se livrent à une véritable guerre commerciale. Puisque c'est la course au brevet, il n'y a pas de véritable coopération entre scientifiques des différents laboratoires. Leurs secteurs Recherche et Développement sont cloisonnés, les données fondamentales jalousement gardées secrètes. La recherche ne peut qu'en être ralentie – et donc le progrès. De plus, la tendance dans ce domaine est au déclin des investissements: les plans de sauvegarde des bénéfiques sont loin d'épargner les centres de recherche. La polémique autour du plan de restructuration de Sanofi avec, rien qu'en France, les projets de fermeture des centres de recherches de Montpellier, Lyon et Toulouse, n'est qu'un exemple parmi beaucoup d'autres.

Chaque année, parmi le grand nombre de nouveaux médicaments qui arrivent sur le marché, seuls quelques-uns constituent réellement un progrès, les autres ne constituant que des variantes de médicaments déjà existants ou n'apportant qu'un progrès minime. L'année 2011 a été jugée comme « un cru exceptionnel en termes de progrès thérapeutiques » par le président de la Commission des affaires scientifiques du Leem (l'organisation patronale des entreprises du médicament en France). Mais en réalité, « la meilleure année de la décennie » se traduit en France par 23 délivrances d'ASMR (Amélioration du service médical rendu), dont une seule avancée majeure et 17 avancées mineures. En 2009, le président de la Commission de la transparence (chargée de donner des avis sur les médicaments) avait été forcé de constater dans son rapport une « impression de tarissement ». En réalité, la recherche pharmaceutique est en panne.

Nationalisation!

« Un organisme qui se nourrit strictement aux dépens d'un organisme hôte, d'une espèce différente » : telle est la définition d'un parasite. Or, nous voici devant une

⁴⁴ En 2011, l'américain Pfizer, le premier laboratoire pharmaceutique du monde, annonce la suppression de 2 400 postes au Royaume-Uni. Le centre de recherche de Sandwich, l'un des quatre plus importants du groupe, est voué à la fermeture. En ligne de mire: la réduction de 5 % de ses effectifs de Recherche et Développement (R&D). Entre 2009 et 2012, GSK ferme six centres de recherche sur le Vieux Continent: Tonbridge et Harlow en Angleterre, Poznan en Pologne, Vérone en Italie, Zagreb en Croatie ainsi que l'unité de R&D d'Évreux en France. Le groupe Sanofi fait de même et se sépare de cinq centres de R&D. En 2011, 320 postes sont supprimés dans le centre de R&D de Francfort en Allemagne, 164 postes en Hongrie et 63 emplois de chercheurs à Milan. Deux sites au Royaume-Uni et aux Pays-Bas sont menacés de fermeture. Aux États-Unis, le centre de recherche de Bridgewater (New Jersey) met lui aussi la clef sous la porte. Sans compter les menaces de fermeture des unités de recherche de Montpellier, Toulouse et Lyon, qui jetteraient à la rue plus de 1 000 chercheurs. <http://www.lyoncapitale.fr/Journal/univers/Actualite/Economie/Recherche-pharmaceutique-la-ruce-vers-l-est>

⁴⁵ Les essais de non-infériorité, ou d'équivalence, « représentent une large proportion des essais cliniques menés sous l'égide des industriels. Très controversés, ils sont particulièrement préoccupants. La réalisation de ces essais, qui ne sont souvent conçus que pour répondre à des exigences réglementaires, pose à l'évidence des problèmes éthiques: on trompe les patients inclus dans ces essais en leur faisant espérer une amélioration des soins; la recherche ne vise pas à répondre à des besoins réels, mais se plie au plan de développement marketing de la firme. » (Déclaration de La Société internationale des revues indépendantes sur le médicament, International Society of Drug Bulletins ou ISDB, 2001)

classe sociale qui, sans jamais intervenir directement dans le processus de recherche et de production, s'approprié la plus grande part possible des richesses produites par les salariés, au détriment du développement et de la recherche – au détriment, finalement, du progrès. Leur enrichissement s'accompagne d'une destruction d'emplois massive et du pillage de la Sécurité sociale, c'est-à-dire d'argent public issu des richesses créées par les salariés. Les grands capitalistes du secteur pharmaceutique forment bel et bien un corps parasite, avec un impact des plus néfastes pour le reste de l'humanité. Il existe pourtant un remède qui permettrait l'élimination sociale de ce parasitisme : la nationalisation de l'ensemble de l'industrie pharmaceutique, sans indemnisation des grands actionnaires, en la plaçant sous le contrôle des salariés et de la population. Cela permettrait d'orienter la recherche en fonction des priorités publiques. Sur cette base, il serait possible de prendre les mesures suivantes :

1. L'argent ainsi économisé, auparavant englouti dans la publicité et par les actionnaires, permettrait la baisse des prix des médicaments et pourrait être en partie orienté vers la formation des soignants à la balance bénéfique/risque des traitements, en toute indépendance puisqu'il n'existerait plus de conflits d'intérêts.

2. Dynamiser la recherche. Non seulement parce que les programmes de recherches scientifiques seraient financés par la société, et donc à la hauteur des enjeux définis par elle-même, mais aussi parce que l'ensemble les savoirs de chaque laboratoire seraient mis en commun ; les capacités de recherche déjà existantes seraient décuplées. Libérés des entraves de la rentabilité, les domaines de la recherche jusque-là quasiment inexplorés, car non « rentables », seraient ouverts aux scientifiques.

3. Suppression des médicaments dangereux, inutiles ou encore les (nombreux) doublons. Tous les médicaments seraient nommés selon leur Dénomination Commune Internationale (DCI), peut-être moins dans le vent, mais plus claire pour les professionnels de santé.

4. À l'échelle mondiale, cela permettrait de répondre en priorité aux besoins criants des pays dits « en voie de développement ». La santé mondiale pourrait être améliorée en quelques mois seulement sur la base de ce que nous savons déjà, mais dont sont privées des millions de personnes. Produire en quantité suffisante les médicaments qui manquent cruellement, les rendre accessibles à un prix dérisoire, pour ne pas dire gratuitement, devrait être la priorité absolue de toute société dite « civilisée ». Au passage, cela porterait un coup fatal au trafic de contrefaçons qui s'est développé sur le terreau de la misère. Enfin, dans un futur proche, cela permettrait de

réorienter la recherche vers les maladies endémiques de ces pays, qui font chaque année des millions de victimes, mais qui sont pourtant loin d'être les priorités actuelles : paludisme, dengue, etc.

C'est pourquoi nous luttons pour :

- Tous les médicaments en DCI, suppressions des médicaments dangereux, inutiles et des doublons.
- Formation des soignants sur les médicaments par des spécialistes compétents et indépendants.
- Nationalisation du secteur pharmaceutique, sous le contrôle des salariés et de la population, sans indemnisation des grands actionnaires.
- Orientation de la recherche en fonction des réelles priorités de santé publique.
- Plan d'urgence d'éradication des maladies curables, en France et dans le monde.

Les documents des Cahiers

Document unique :

NDLR: Nous donnons ici le communiqué de presse de l'ANDEVA qui salue la victoire juridique devant la plus haute instance du droit français, la Cour de Cassation qui reconnaît enfin le préjudice d'anxiété. Jusqu'à maintenant étaient reconnus en droit et indemnisables le « pretium doloris » c'est-à-dire le préjudice de la douleur, le préjudice esthétique, les préjudices d'invalidité fonctionnelle. À cela s'ajoute maintenant l'anxiété de devenir malade ou de subir des conséquences physiques ou morales d'une atteinte subie mais ne s'étant pas encore manifestée. C'est un élément nouveau du droit obtenu par voie de jurisprudence; ce droit pourra s'appliquer à bien d'autres causes et dépasse largement le seul cas de l'amiante. Ainsi le combat des victimes de l'amiante concerne tout le monde par ses succès juridiques. Cette lutte est exemplaire et les Cahiers de Santé publique et de Protection sociale l'ont toujours soutenue.

Communiqué de presse de l'Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante

Vincennes, le 25 septembre 2013

Amiante : préjudice d'anxiété La Cour de cassation maintient le cap

La chambre sociale de la cour de cassation a confirmé le 25 septembre l'existence d'un préjudice d'anxiété pour les salariés ayant été exposés à l'amiante et la compétence des prud'hommes pour condamner des employeurs à les indemniser.

Elle a confirmé que ce préjudice devait être réparé non seulement par les entreprises en activité, mais aussi par l'AGS, ou d'autres organismes assureurs chargés de garantir le paiement des sommes dues aux salariés quand l'employeur n'est plus en mesure de le faire.

Elle a considéré que la reconnaissance d'une maladie professionnelle ne devait pas être un obstacle à l'indemnisation d'un préjudice d'anxiété pour la période précédant l'apparition de la maladie.

Quant au bouleversement des conditions d'existence - dont elle n'a pas nié la réalité - elle a jugé qu'il ne s'agissait pas d'un préjudice distinct mais d'une composante du préjudice d'anxiété.

Ce jugement était très attendu non seulement par les anciens salariés de ZF Masson, de Babcock Wanson ou d'Ahlstrom, dont les dossiers étaient examinés, mais aussi par des milliers d'autres qui partout en France


avec l'aide et le soutien actif des associations locales de l'Andeva, avaient ces derniers mois saisi les juridictions prud'homales.

Il faut bien mesurer la portée de cet arrêt: malgré une résistance acharnée des employeurs et de leurs avocats qui ont déclenché un véritable tir de barrage, la Cour de cassation persiste et signe, envoyant ainsi aux entreprises un signal fort en faveur de la prévention, du respect de la santé et de la vie des salariés.

Ce combat, mené aujourd'hui pour l'amiante, pourrait demain s'appliquer à d'autres produits dangereux à effet différé et particulièrement aux cancérogènes auxquels sont encore aujourd'hui exposés deux millions de salariés selon les dernières statistiques du ministère du travail.

L'Andeva et ses associations locales voient dans cet arrêt un encouragement à continuer leurs combats judiciaires.

Réalisation, Impression:

 PublicImprim

Dépôt légal : novembre 2013

 **IMPRIM'VERT®**