

Après- demain

Organe
de la Fondation
Seligmann

N° 12 (NF) — 4^{ème} trimestre 2009 — Le numéro : 9 €

LA SANTÉ PUBLIQUE : ENJEUX, DANGERS, ÉVOLUTIONS, SOLUTIONS

FRANÇOIS EISINGER ET PHILIPPE MOSSÉ

Editorial

JEAN-MARIE LE GUEN

Fragile et nécessaire démocratie sanitaire

PERRINE BALIVET

L'Hôpital, acteur central d'une "nouvelle Santé Publique" ?

FRÉDÉRIQUE KUTTENN

L'Hôpital et la sécurité sociale : un couple menacé

CHARLES CHANUT, FRANÇOIS EISENGER, LAURENT SAUZE

Assurance-maladie : un futur à construire, à garantir... ou à rebâtir

LOUIS SAN MARCO

Vers la démocratisation et l'automatisation sanitaires :
la longue marche d'une Conférence Régionale de Santé

DOMINIQUE MARANINCHI

L'Institut National du Cancer :
quatre ans au carrefour de l'action et de l'information

HERVÉ CHNEIWEISS

La Recherche publique face au privé :
quelles missions et quelles complémentarités ?

ERIC VERDIER

PME et prévention des risques professionnels :
difficile dialogue ou impossible rencontre ?

GOOF BUIJS

"Améliorer l'école par la santé" :
une nécessité rappelée à toute l'Europe

FRANÇOIS EISINGER ET PHILIPPE MOSSÉ

Santé publique :
à la recherche d'un financement juste

LES ACTIONS DE LA FONDATION SELIGMANN

EXEMPLE À SUIVRE :

De l'enfant sans horizon à l'élève qui réussit

A LIRE :

Les livres qui ont retenu l'attention d'Après-demain

SÉLECTION D'APRÈS-DEMAIN :

Ma vie à contre coran par Djemila BENHABIB

Directrice : Françoise Seligmann

Rédaction, administration : BP 458-07 - 75327 Paris Cedex 07

Non vendu dans les kiosques

ISSN 0003-7176

www.fondation-seligmann.org

Renseignements en dernière page

Prochain numéro :

**APRÈS NOUS...
QUEL MONDE ?
QUELLE SOCIÉTÉ ?**

Auteurs et idées-clefs de ce numéro

Dossier réalisé sous la direction de François Eisinger

Page 3

Editorial : La gouvernance de la santé publique : simple exemple ou vrai modèle ?

par **François Eisinger**, Professeur de médecine, département d'oncogénétique, responsable du programme prévention et dépistage à l'Institut Paoli-Calmettes (Marseille) et **Philippe Mossé**, Docteur ès Sciences Economiques et directeur de recherches au CNRS.

La santé est un sujet trop important pour être confié aux seuls médecins mais les gestionnaires, les économistes, les assureurs, les usagers ne peuvent prétendre assumer seuls les choix complexes qu'imposent les enjeux actuels. Le cas d'école de la grippe H1N1 illustre les ambiguïtés indépassables entre prise en compte des malades, attention aux non-malades, gestion du système de santé et gouvernance de la société dans son ensemble.

Page 5

Fragile et nécessaire démocratie sanitaire.

par **Jean-Marie Le Guen**, médecin, Député de Paris, adjoint au Maire de Paris, chargé de la Santé Publique et des relations avec l'Assistance publique - Hôpitaux de Paris, Président du Conseil d'administration de l'AP-HP.

L'inquiétude croissante de nos concitoyens au sujet du risque pandémique illustre clairement, en ce début d'automne 2009, les enjeux revêtus par la qualité de notre système de santé. Cette situation exceptionnelle apporte un éclairage nouveau et concret sur des questions souvent évoquées ces dernières années sous un angle strictement budgétaire. Non, l'économie de la santé ne saurait fonctionner en flux tendu !

Page 9

L'Hôpital, acteur central d'une "nouvelle Santé publique" ?

par **Perrine Balivet**, attachée d'administration hospitalière, cadre au Pôle Oncologie à l'Hôpital de la Timone, Marseille.

Ce n'est un secret pour personne, l'Hôpital traverse depuis une trentaine d'années une crise identitaire. Soumis à un flux incessant de réformes, à des obligations de résultats, tant sur le plan budgétaire qu'économique ou médical, l'Hôpital doit répondre à des attentes qui recouvrent à la fois les soins au sens strict mais aussi des missions de prévention, d'éducation pour la santé ou de lutte contre des pathologies de plus en plus complexes...

Page 13

L'Hôpital et la sécurité sociale : un couple menacé.

par **Frédérique Kuttenn**, Chef du service d'endocrinologie et de médecine de la reproduction à l'Hôpital Pitié-Salpêtrière, professeur à l'Université René-Descartes (Paris V) Signataire de l' "Appel des 25".

Risquons-nous d'assister à l'effondrement du service public hospitalier ? Ou verrons-nous dans un sursaut éthique les médecins hospitaliers se joindre à l'ensemble du personnel pour défendre non pas des intérêts corporatistes, mais l'hôpital public et la Sécurité sociale, selon des valeurs, celles de 1945, qui peuvent paraître anciennes, mais sont en réalité d'une très grande modernité ?

Page 20

Assurance-maladie : un futur à construire, à garantir... ou à rebâtir.

par **Charles Chanut**, Médecin conseil régional du Régime général, Direction régionale du Service médical Languedoc-Roussillon, **François Eisinger**, Professeur associé de Santé publique - Institut Paoli-Calmettes (Centre régional de lutte contre le cancer) et **Laurent Sauze**, Médecin conseil régional du Régime social des indépendants (RSI) Provence Alpes.

En 1945, la création de la Sécurité sociale a reposé sur deux piliers fondateurs : une redistribution assurant à tous un égal accès aux soins grâce au principe "de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins", et une généralisation de la protection à l'ensemble de la population du pays, au-delà des seuls travailleurs salariés. Ce fragile équilibre a volé en éclats au cours des années 2000. Pourquoi et comment en est-on arrivé là ?

Page 24

Vers la démocratisation et l'autonomisation sanitaires : la longue marche d'une Conférence Régionale de Santé.

par **Jean-Louis San Marco**, Directeur du laboratoire de Santé publique, Faculté de médecine de la Timone, Marseille. Président de la Conférence Régionale de la Santé (CRS) Provence Alpes Côte d'Azur.

Les objectifs affichés lors de la création des Conférences régionales de santé, dans leur première version (en 1997) et, plus encore, dans leur deuxième mouture en 2005, étaient d'en faire un outil de dialogue entre les décideurs et les représentants de la société civile, un élément de la démocratisation du système de santé. Ont-ils été atteints ?

Page 28

L'Institut National du Cancer : quatre ans au carrefour de l'action et de l'information.

par **Dominique Maraninchi** Président de l'Institut National du Cancer (INCa). La loi de santé publique d'août 2004 a juridiquement créé l'INCa dont la constitution a été réalisée en juillet 2005. L'INCa est la seule agence sanitaire dédiée à une pathologie : le cancer, qui est la première cause de mortalité en France. En quatre ans, l'INCa a impulsé des avancées incontestables et irréversibles dont les effets concrets deviennent de plus en plus perceptibles pour les professionnels de santé, les chercheurs, les établissements, mais avant tout pour les patients.

Page 31

La Recherche publique face au privé : quelles missions et quelles complémentarités ?

par **Hervé Chneiweiss**, neurobiologiste, Neurologue. Directeur de recherches au CNRS, membre du Comité d'éthique de l'INSERM.

La Santé est devenue le principal secteur économique des pays développés, avec, d'une façon ou d'une autre, 20% du PIB consacrés aux soins à la personne. Les maladies chroniques associées à l'âge et au mode de vie représentent dans les pays riches les principaux postes de dépenses alors que plusieurs millions de personnes dans le monde meurent chaque année de maladies associées à la pauvreté. Devant de tels enjeux, opposer le secteur privé et la recherche publique est une démarche obsolète.

Page 35

PME et prévention des risques professionnels : difficile dialogue ou impossible rencontre ?

par **Eric Verdier**, sociologue et économiste au LEST (Laboratoire d'Economie et de Sociologie du Travail, Aix-en-Provence), Directeur de Recherche au CNRS..

Depuis 2002, toute entreprise, quelle que soit sa taille, doit évaluer les risques professionnels auxquels sont exposés ses salariés, sous peine de voir mise en cause sa responsabilité civile et pénale. Les enquêtes statistiques montrent que l'effectivité de cette règle est faible dans les petites entreprises. Cet évitement de la norme est devenu une préoccupation explicite de l'action publique.

Page 39

"Améliorer l'école par la santé" : une nécessité rappelée à toute l'Europe.

par **Goof Buijs**, Directeur du programme Ecoles pour la santé en Europe (SHE/Schools for Health in Europe) auprès de l'Institut national - néerlandais - pour la promotion de la santé et la prévention des maladies (NIGZ/Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie).

En juin dernier s'est tenue à Vilnius la troisième Conférence européenne : "Améliorer l'école par la santé". L'éducation et la santé partagent en effet des objectifs communs. Il apparaît de plus en plus clairement que l'association de ceux-ci fait des établissements scolaires un lieu plus propice à l'apprentissage, à l'enseignement et au travail. En d'autres termes, des enfants et adolescents en bonne santé apprennent mieux. De même, une bonne éducation influe-t-elle favorablement sur la santé des gens. Il est donc de plus en plus largement prouvé que les domaines de la santé et de l'éducation sont étroitement liés.

Page 42

Santé publique : à la recherche d'un financement juste.

par **François Eisinger**, Professeur de médecine, département d'oncogénétique, responsable du programme prévention et dépistage à l'Institut Paoli-Calmettes (Marseille) et **Philippe Mossé**, Docteur ès Sciences Economiques et directeur de recherches au CNRS.

La santé est un bien majeur, à la fois d'un point de vue individuel et collectif. Une fois reconnue l'importance considérable de l'impact des déterminants sociaux sur la santé individuelle, il est évident que la question d'un financement juste de la santé ne peut se distinguer de la recherche d'une société juste, ce qui en fait une question politique et morale et non le résultat du seul calcul économique.

Page 46

Les actions de la Fondation Seligmann au troisième trimestre 2009 :

Dans le cadre de sa mission essentielle de lutte contre le racisme, le communautarisme et toute forme de discrimination, la **Fondation Seligmann** a apporté son soutien à plusieurs projets montés à Paris et dans l'Essonne, dans le domaine de la scolarité, de l'ouverture à la culture et de l'apprentissage de la langue, par des associations ou des établissements scolaires favorisant le « vivre ensemble », la citoyenneté, la mixité sociale et l'insertion des jeunes dans la société.

Page 49

Exemple à suivre :

De l'enfant sans horizon à l'élève qui réussit (Un parcours de formation au lycée Robert Doisneau, à Corbeil-Essonnes)

par **Geneviève Piniau**, Proviseur du Lycée polyvalent Robert Doisneau, Corbeil-Essonnes (91).

Le lycée Robert Doisneau, à Corbeil-Essonnes, s'est penché sur l'accompagnement des élèves les plus fragiles, sur le plan scolaire d'abord, puis sur le plan social, les deux problèmes étant très souvent liés. Comment favoriser la réussite de ces élèves venant de quartiers difficiles, n'ayant que peu d'horizons ouverts ? En développant leur ambition ! Facile à dire... Plus difficile à mettre en œuvre.

Page 51

A lire : les livres qui ont retenu l'attention d'Après-demain

Page 55

Sélection d'Après-demain, par Denise Jumontier Ma vie à contre coran par Djemila Benhabib

François EISINGER et Philippe MOSSÉ

LA GOUVERNANCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE : SIMPLE EXEMPLE OU VRAI MODÈLE ?

La santé est un sujet trop important pour être confié aux seuls médecins (auxquels nous confions volontiers la maladie et les malades) mais les gestionnaires, les économistes, les assureurs, les usagers ne peuvent prétendre assumer seuls les choix complexes qu'imposent les enjeux actuels. Le cas d'école - pour ne pas dire le cas clinique - de la grippe H1N1 illustre les ambiguïtés indépassables entre prise en compte des malades, attention aux non-malades, gestion du système de santé et gouvernance de la société dans son ensemble.

ENTRE CACOPHONIE ET PENSÉE UNIQUE

De plus en plus d'acteurs légitimes doivent intervenir mais leur voix sans réelle concertation ne peut aboutir qu'à une cacophonie incompréhensible ou, pire encore, à un message unique émanant d'une pensée unique. La France

est affligée d'un passif de gestion désastreuse de situations de santé aux impacts sociaux allant bien au-delà de celles-ci (amiante, sang contaminé, "vache folle", "nuage de Tchernobyl"...). Il est sans doute temps qu'un débat s'instaure, qui prendrait en compte l'ensemble des intérêts et des savoirs.

En effet, l'extension du nombre d'acteurs légitimes n'est ni linéaire ni "naturelle". L'objet de ce numéro est donc de mettre au jour à la fois les traits principaux de ce mouvement et les obstacles qu'il rencontre. En effet, le financement solidaire, le développement des maladies chroniques, le cas particulier des maladies transmissibles, l'interaction croissante entre problèmes de santé et problèmes de société (inégalités, environnement, etc.), la nécessité de traiter les questions d'accès aux soins dans une

Prochain numéro d'Après-Demain

APRÈS NOUS... QUEL MONDE ? QUELLE SOCIÉTÉ ?

Avec les contributions de **Pierre Joxe, Jacques Delors, Pascal Lamy, Brice Lalonde, Bertrand Delanoë, Catherine Wihtol de Wenden, Patrick Baudouin, Pascal Perez, Catherine Lalumière et Bernard Guetta.**

Vous pouvez commander ce numéro : - en ligne sur le site : www.fondation-seligmann.fr
- par courrier à : Après-demain - BP 458-07 - 75327 Paris Cedex 07
au tarif de 9 € pour la France et 11 € pour l'étranger. Il vous sera envoyé dès sa parution.

perspective territoriale, font de la santé publique un modèle d'exercice de gouvernance moderne.

DU TECHNIQUE AU POLITIQUE

Par rapport aux pratiques antérieures, cette gouvernance se caractérise par plus de transparence, plus de démocratie, plus de délibérations et plus d'évaluation. De techniques, les enjeux et les finalités de la gouvernance de la santé publique deviennent peu à peu politiques.

Ce numéro d'«**Après-demain**» ne peut prétendre couvrir l'ensemble des thèmes et des controverses qu'il aurait fallu aborder pour évoquer toutes les dimensions de ce changement. Le choix des contributions est donc une sorte d'échantillonnage pour l'adepte d'une vision cartésienne et l'équivalent d'une introduction, d'une ouverture, pour les amateurs d'une vision plus holistique.

Dans cette perspective, il nous a semblé que l'Hôpital était emblématique des évolutions en cours : naguère au centre du système de soins, l'Hôpital est aujourd'hui sous le feu de modifications importantes des règles du jeu. Ce sujet est traité par le Pr. Frédérique Kuttenn, dans la perspective médicale, et par Perrine Balivet, dans une vision plus administrative.

La délibération et la diffusion des pouvoirs et des savoirs est également un élément essentiel de la construction de cette nouvelle Santé publique. Deux articles y sont consacrés ; le premier à propos des Conférences Régionales de

Santé, Par le Pr. Jean-Louis San Marco, le second sur la place des Agences, par le Pr. Dominique Maraninchi.

LE CADRE DES ENJEUX

Les enjeux de santé publique reposent aussi sur la connaissance et sa diffusion auprès de tous les protagonistes. Trois articles abordent cette question sous trois angles complémentaires. Celui d'Hervé Chneiweiss traite des questions de recherche en mettant l'accent sur l'opposition/complémentarité entre recherche publique et privée. Le deuxième, rédigé par Goof Buijs, est consacré au rôle des enseignants et de l'Ecole. Le troisième, dû à Eric Verdier, aborde la santé au travail et les difficultés de la mise en place d'une véritable politique en la matière.

En ouverture de ce numéro, trois autres articles ont pour objet de décrire le contexte économique et politique dans lequel se déroulent ces dynamiques et d'en évoquer les conditions de réussite. Ces trois contributions portent sur le cadre dans lequel la Santé publique doit être évaluée, jugée et aussi construite : le cadre institutionnel de l'Assurance maladie, par Charles Chanut et Laurent Sauze ; celui, moral et économique, d'un financement juste, par François Eisinger et Philippe Mossé ; enfin celui, à la fois englobant et central, qu'est le cadre politique. Rédigé par Jean-Marie Le Guen, ce dernier ouvre la présente livraison d'«**Après-demain**».

François EISINGER
et Philippe MOSSÉ

Jean-Marie LE GUEN

FRAGILE ET NÉCESSAIRE DÉMOCRATIE SANITAIRE

L'inquiétude croissante de nos concitoyens au sujet du risque pandémique illustre clairement, en ce début d'automne 2009, les enjeux revêtus par la qualité de notre système de santé. La capacité collective des acteurs sanitaires et sociaux à s'abstraire de leurs tâches courantes pour se mobiliser et faire face à ce risque émergent sera déterminante. Cette situation exceptionnelle apporte un éclairage nouveau et concret sur des questions souvent évoquées ces dernières années sous un angle strictement budgétaire. L'économie de la santé ne saurait fonctionner en flux tendu.

UNE DÉCENNIE DE FAUX-SEMBLANTS

En cette période de rentrée, l'actualité internationale est également marquée par les réformes des systèmes de santé américain et chinois qui, bien que fort dissemblables, tissent la problématique de la recherche d'un équilibre entre les enjeux de santé publique et les enjeux économiques portés par toute recomposition du paysage sanitaire. En ces temps de crise, la préoccupation des deux principales puissances mondiales pour ces questions doit nous interpeller. La France a-t-elle conscience qu'une partie importante de

son équilibre social dépend de son système de santé ?

Cette attention accrue montre combien il est nécessaire de disposer d'objectifs clairs de santé publique, faute de quoi le prisme budgétaire pourrait déformer notre vision et notre avenir. Les recompositions actuellement à l'œuvre dans notre pays reposent ainsi sur des faux semblants destructeurs. Notre imprévoyance est souvent le fruit de notre aveuglement.

Les discussions parlementaires du printemps 2009 sur le projet de loi **Hôpital Patients Santé Territoires** (HPST) ont souvent buté sur ce défaut d'une vision claire de l'avenir. Leur déconnexion des débats sur la loi de santé publique (reportée sine die) et sur les perspectives de financement de la sécurité sociale en aura été le témoignage. Il s'agissait pourtant d'une opportunité remarquable de tracer des perspectives d'ensemble et d'exprimer publiquement nos ambitions pour notre système de santé de demain et d'après-demain.

RESTRUCTURATION, DÉSTRUCTURATION

Le système de santé français connaît depuis quelques années une recomposition parfois souhaitée, souvent subie.

Cette recomposition est sporadiquement portée au premier plan de l'actualité par la préoccupation des populations de petites communes ou par des épisodes dramatiques. Ces "pics médiatiques" ont parfois permis à nos concitoyens de deviner l'ampleur et le caractère parfois déstructurant de cette recomposition pour notre système sanitaire, l'aménagement du territoire et la cohésion sociale de notre pays.

Depuis 2001, le nombre des sites hospitaliers **MCO** (Médecine - Chirurgie - Obstétrique) a diminué de 10% (18% pour les établissements de moins de 100 lits) du fait principalement de la recomposition du secteur privé. Cette évolution n'est pas uniforme sur le territoire national. Elle touche fortement les établissements dits de proximité, qui sont très souvent le premier employeur local. La restructuration des établissements de santé privés, notamment avec le regroupement des petites cliniques sur certains territoires, a aussi été particulièrement dynamique. Cela a, par ailleurs, conduit à une restructuration de l'offre privée autour de quelques grands groupes dominés par les fonds de pension. Pourtant, selon les dernières données disponibles, la France présente un taux d'équipements de 3,75 lits pour 1000 habitants et n'occupe, à ce titre, qu'une position moyenne en Europe. Les taux d'équipements régionaux laissent à présent apparaître de fortes disparités, d'autant plus sensibles si on les corrige des données démographiques (par exemple, la prise en compte de l'indice de vieillissement).

Le premier facteur de recomposition est le facteur démographique. De nombreux territoires ont déjà vu leur organisation sanitaire bouleversée par l'impact des prémisses du choc démographique annoncé au sein du corps médical, en ville ou à l'hôpital : le nombre de médecins devrait baisser de 10 % dans les dix prochaines années et ne retrouverait, sous réserve d'une politique réellement volontariste, son niveau actuel qu'en 2030. Cet impact a été renforcé par les tensions apparues depuis 2002 sur le marché de l'emploi infirmier et aide-soignant.

CE PARTENARIAT QUI N'EN EST PAS UN

Ce facteur démographique s'est accompagné, pour les établissements hospitaliers, d'une pression budgétaire constante qui a motivé des fermetures, regroupements, réorientations d'activités sanitaires. Ces restructurations ont été fortement encouragées par les plans gouvernementaux "**Hôpital 2007**" et "**Hôpital 2012**" qui entendent favoriser l'investissement des établissements de santé engagés dans des opérations de forte recomposition de l'offre de soins, notamment dans le cadre de partenariats public/privé. Cette orientation n'est pas critiquable lorsqu'elle permet une meilleure répartition des missions de chacun et garantit la pérennité d'une offre sanitaire publique. Elle est beaucoup plus dangereuse lorsqu'elle intervient dans un paysage sanitaire sinistré par les conséquences du choc démographique médical et des années de pression budgétaire intense. En outre, ces plans ont contribué à endetter durablement le secteur hospitalier public, ce qui remet en cause sa capacité future à réaliser les modernisations régulières des plateaux techniques nécessaires à la qualité et la sécurité des soins ainsi qu'à l'attractivité des établissements publics de santé pour les médecins et les autres soignants.

UN ÉQUILIBRE BUDGÉTAIRE N'EST PAS UN OBJECTIF DE SANTÉ

Ces facteurs démographiques et cette pression budgétaire ont conduit les autorités sanitaires à prendre des décisions dans l'urgence, en fonction de facteurs de dangerosité que l'imprévoyance gouvernementale avait engendrés. Il faut nous abstraire de cette atmosphère délétère et de ses ressorts budgétaires et bureaucratiques au profit de la recherche de complémentarités, d'une réelle coordination des acteurs et d'une véritable efficacité. L'équilibre budgétaire en tarification à l'activité n'est, par exemple, pour l'hôpital, ni un indicateur d'efficacité économique, ni un objectif de santé publique. Il ne peut

être le moteur des recompositions de notre paysage sanitaire. Le seul objectif valable pour un système de santé est de faciliter l'accès de tous aux meilleurs soins possibles. Les refus ministériels de discuter de l'opposabilité de certaines normes sanitaires en termes de délai d'accès à des soins urgents et/ou essentiels ne permettent pas aujourd'hui de garantir que les recompositions en cours sont bénéfiques pour la qualité de notre système de santé. C'est pourtant le faux-semblant derrière lequel elles se masquent.

LA LOI HPST : L'AVEUGLEMENT AU BRAS DE L'IMPRÉVOYANCE

La loi HPST a sans doute eu le mérite de rompre avec la logique de lois antérieures visant essentiellement le comportement des usagers qui étaient fortement mis à contribution. Elle a posé, bien que ce soit encore – et je le regrette - de manière timorée ou inadaptée, le problème des structures composant le paysage sanitaire.

Malheureusement, la Ministre de la Santé a parallèlement tenté de convaincre l'opinion publique que les travers nés du sous-financement de l'hôpital seraient à mettre sur le compte d'une gouvernance déficiente, de directeurs impuissants et d'un corps médical irresponsable. Il faut certes fluidifier le fonctionnement de l'hôpital, mais, cela ne se fera pas par le principe d'autorité et par une opposition interne des acteurs de sa gouvernance. La loi HPST a démontré la méconnaissance, ou le mépris, pour les efforts considérables et la véritable révolution culturelle opérés par le corps médical hospitalier au cours des dernières années.

UN REcul DE LA "DÉMOCRATIE SANITAIRE"

Cette loi marque également une réelle défiance à l'égard des élus locaux et régionaux voire une volonté de les écarter de tout rôle décisionnel en matière de santé. La loi HPST consacre en effet une réelle étatisation du système de santé. La créa-

tion d'un véritable "préfet de santé", le directeur de l'Agence Régionale de Santé, influera fortement sur le système de santé régional. Dans le même temps, les élus verront leur pouvoir d'interpellation fortement encadré dans les futurs conseils de surveillance (qui se substitueront aux conseils d'administration des hôpitaux publics). Le conseil de surveillance de l'Agence Régionale de Santé et la conférence régionale de santé n'auront qu'un rôle subalterne. L'émergence d'Agences Régionales de Santé aurait pourtant dû s'accompagner de réels progrès de la démocratie sanitaire régionale, tant les questions de santé sont au cœur des préoccupations locales et régionales. La relégation des élus locaux et régionaux à la périphérie de ces débats n'est ni souhaitable ni acceptable. Leur rôle dans le décloisonnement des acteurs et dans la définition de plans d'action adaptés aux enjeux territoriaux serait pourtant déterminant.

"NE PLUS VOIR QU'UNE SEULE TÊTE", ET APRÈS ?

Pourtant, l'absence de vision politique globale en matière de santé publique ne pourra être compensée par le seul principe d'autorité et la satisfaction gouvernementale de "**ne plus voir qu'une seule tête**". Il aurait été plus opportun de dynamiser les acteurs de terrain par une logique moins jacobine, moins centralisatrice et descendante. Je suis convaincu de la nécessité de décloisonner les relations entre les acteurs de la permanence des soins et de refonder une véritable organisation des soins primaires, notamment par la coopération entre les établissements de santé et la médecine de ville.

Ce projet de loi s'est contenté d'apposer quelques rustines sur un système en voie d'implosion. J'ai, à maintes reprises, souligné l'enjeu majeur de santé publique constitué, sur de nombreux territoires de santé, par la désertification médicale. La régulation numérique, par spécialité et par territoire, demeure en suspens. Certes, les

erreurs du passé ne se compensent pas en un jour mais, la timidité de la réponse apportée laisse parfois.

L'ART DE RARÉFIER LA RARETÉ !

Entre les enjeux de santé publique et les enjeux économiques, il convient de ne pas trancher abruptement. Notre système de santé a pâti de l'absence d'analyse économique véritable. J'entends ici l'économie dans sa définition originelle de **“science de l'administration des ressources rares”**. Notre administration des “ressources rares” en matière de santé laisse fortement à désirer et ce manque a contribué à cette raréfaction.

En effet, une approche malthusienne a fait entrer pleinement la santé dans le domaine économique du fait de la pénurie croissante de ressources médicales liée à l'évolution négative de la démographie du corps médical. Cette entrée s'est faite sous le prétexte budgétaire, qui est le résultat d'un choix politique. Rien n'interdit d'imaginer demain d'autres causes de pénurie, ainsi que vient de l'illustrer, à la fin du mois d'août dernier, la difficulté mondiale à approvisionner en isotopes les services de médecine nucléaire dont l'apport aux traitements cancérologiques est primordial.

REFUSER LE JACOBINISME SANITAIRE

C'est pourquoi notre politique en matière de santé publique doit être résolument ambitieuse, tant sur le plan des moyens humains que sur celui des moyens matériels. Des études récentes ont confirmé l'impact positif, pour la croissance économique, de l'investissement dans la santé. L'augmentation de l'espérance de vie, l'amélioration de la nutrition et de la santé ont un impact économique mesurable (une augmentation de 10% de l'espérance de vie induit une croissance du PNB de 0,4% par an). Actuellement, la Chine investit fortement (124 milliards de dollars sur trois

ans) dans son système de santé qui est sans aucun doute une clé de la poursuite de son développement. Et les Etats-Unis se préoccupent enfin de la situation de ces 47 millions de citoyens qui ne bénéficient pas d'une couverture médicale !

Nous devons, dans notre pays, fonder cet investissement humain et matériel dans la santé sur un renouvellement de la démocratie sanitaire et nous détourner de nos tentations jacobines. Dans un souci d'équité et d'accès aux soins, la représentation nationale pourra déterminer le socle commun de ce système et permettre à l'initiative régionale d'appuyer des programmes justifiés par l'épidémiologie locale. L'implication des conseils régionaux, des usagers et l'ouverture non dogmatique à l'ensemble des acteurs publics et privés doivent permettre l'émergence d'un consensus encore possible.

ABANDONNÉ AU MILIEU DU GUÉ

En conclusion, j'ai la conviction que nous ne pouvons faire l'économie d'une loi pluriannuelle et d'un fonds d'intervention en matière de santé. Ce dispositif devra inclure des moyens importants en matière d'investissement hospitalier, tant sur le plan immobilier que sur celui de la **e-santé**, mais notre système de santé a également un besoin impérieux d'une véritable restructuration de la médecine ambulatoire et de premier recours. A trop vouloir dissocier la question des moyens de celle des structures, la loi HPST a abandonné le système de santé au milieu du gué. Une vraie politique de santé publique est nécessaire et doit être à la mesure des enjeux sociaux et économiques portés par le système de santé. Le cœur du débat se trouve dans cette nécessaire conciliation entre notre ambition pour la santé de nos concitoyens et l'efficacité de notre système de santé.

Jean-Marie LE GUEN

Perrine BALIVET

L'HÔPITAL, ACTEUR CENTRAL D'UNE "NOUVELLE SANTÉ PUBLIQUE" ?

Ce n'est un secret pour personne, l'Hôpital traverse depuis une trentaine d'années une crise identitaire. Soumis à un flux incessant de réformes, ses dirigeants et ses personnels doivent faire face à des obligations de résultats, tant sur le plan budgétaire qu'économique ou médical. Par ailleurs, ils font face aux besoins croissants voire aux exigences de la part des patients (qui ont développé une forme de consumérisme médical). Avec l'émergence de la Santé publique en tant que référent commun, l'hôpital doit répondre à des attentes qui recouvrent à la fois les soins au sens strict mais aussi des missions de prévention, d'éducation pour la santé ou de lutte contre des pathologies de plus en plus complexes...

Selon C-E.A. Winslow¹, la Santé publique **"a pour but de protéger et d'améliorer le bien-être des individus par le moyen d'une action concertée visant à assainir le milieu, lutter contre les fléaux sociaux, enseigner les règles d'hygiène, organiser les services sanitaires en vue de la prévention, du dépistage, du traitement et de la réadaptation, mettre en œuvre les mesures propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec la conservation et la promotion de la santé"**.

La Santé publique doit donc être envisagée dans un contexte global. La science et la pratique soulignent le rôle des systèmes sociaux, du partenariat multidisciplinaire et trans-sectoriel et de promotion de la santé. Une des raisons du malaise hospita-

lier est due au fait qu'il a du mal à jouer pleinement son rôle de protagoniste de la Santé publique.

1. L'HÔPITAL, ACTEUR DE SANTÉ PUBLIQUE ?

Selon la loi n°2004-806 du 9 août 2004, l'Hôpital participe notamment à :

- l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité de vie des personnes malades, handicapées et des personnes dépendantes ;
- l'information et l'éducation à la santé de la population ;
- la réduction des inégalités de santé par la promotion de la santé, par le développement de l'accès aux soins et aux diagnostics ;
- la qualité et la sécurité des soins et des produits de santé ;
- l'organisation du système de santé et sa capacité à répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des maladies et des handicaps.

Si la place de l'Hôpital reste primordiale pour la prévention et le traitement, il n'en demeure pas moins qu'il n'est qu'un maillon du système de soins et que les soins hospitaliers ne représentent qu'un épisode de la vie des patients.

Il doit servir une population aux besoins de santé disparates, sur un territoire donné où d'autres acteurs interviennent. Dans cette perspective, chaque établissement doit rédiger un projet pluriannuel remis à

l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH), tenant compte des forces de l'hôpital, de l'environnement... Ce projet doit aboutir à la signature d'un Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) entre l'ARH et l'établissement. La loi **"Hôpital, Patient, Santé et Territoire"** (HPST) de juillet 2009 transforme d'ailleurs ces ARH en Agences Régionales de Santé (ARS) avec comme objectif annoncé une organisation simplifiée et un meilleur ancrage territorial des politiques de santé.

Tel qu'il est conçu, le CPOM est bien un outil de santé publique puisque qu'il permet d'orienter l'activité d'un établissement. Il définit des objectifs quantifiés soumis à une contrainte financière. Il met en place des orientations stratégiques par référence aux orientations du SROS (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) autorisant les activités de soins, aux coopérations et complémentarités possibles, aux réseaux existants et aux programmes régionaux de santé publique. Il vise donc à une prise en charge transversale des patients.

La loi HPST confirme cette vision de l'hôpital comme institution ancrée au sein d'un territoire, en créant les Communautés hospitalières de territoires (CHT) travaillant sur les complémentarités entre l'hôpital de proximité et les plateaux techniques les plus sophistiqués. Ces communautés devront définir, pour leurs activités, un projet commun toujours conforme au SROS et devront se voir déléguer des compétences par les établissements participants, dans une optique de mutualisation. Les CHT permettront aux établissements de coordonner leurs interventions et leurs ressources pour mieux répondre aux besoins de la population, tout en respectant les impératifs budgétaires.

2. ORIENTER LES RESSOURCES DE L'HÔPITAL VERS LA SANTÉ PUBLIQUE

En effet, l'augmentation vertigineuse des dépenses de santé a conduit les gouvernements successifs à prendre des mesures qui ralentissent l'inflation des dépenses,

sans pour autant pouvoir l'enrayer sur le long terme (d'autant moins que le vieillissement de la population entraîne de facto l'augmentation de la demande de soins).

En 2004 a donc commencé la réforme de la tarification : d'un budget global basé sur les dépenses, l'Hôpital est passé à une tarification à l'activité (T2A). Véritable révolution culturelle, qui implique un réel investissement des médecins pour coder leur activité. La plupart a véritablement compris l'enjeu de cette T2A mais il reste que les outils informatiques sont souvent obsolètes et que les nouveaux circuits de saisie de l'activité sont complexes et parfois longs à fiabiliser.

Les bénéfices attendus de cette réforme étaient : une plus grande médicalisation des financements, la responsabilisation des acteurs, l'harmonisation des modes de financement entre le public et le privé et une lisibilité accrue pour les acteurs. Ce changement de mode de financement devait être progressif, avec une diminution régulière de la part de la dotation globale entre 2004 et 2012, mais, entre 2007 et 2008, les ressources des hôpitaux sont passées à 100% de T2A. Depuis l'année dernière donc, les recettes d'activité (hospitalisation, consultation, soins externes) sont devenues les principales ressources des établissements. Or, les mêmes contraintes financières pèsent sur l'ensemble de ceux-ci, sans considération particulière pour la spécificité des hôpitaux publics, qui assument des missions d'enseignement et de recherche, prennent en charge des cas médicalement complexes et accueillent des publics défavorisés. De leur côté, les cliniques concentrent leur activité sur des soins programmables, relativement standardisés et bien pris en charge par la tarification à l'activité.

A titre d'exemple, très certainement d'actualité dans les jours à venir, le séjour d'un patient pour une grippe sans complication est facturé 1700€² à la Sécurité sociale, contre 6000€ pour une prothèse de hanche ! Les plans pour faire face à la pandémie imposant de garder des lits disponibles, et donc (sans ressource

supplémentaire) de prévoir du personnel, il y a gros à parier que la grippe A creusera encore le déficit hospitalier. Ainsi, Philippe Blua³ dénonce : **“Les pouvoirs publics doivent prendre leurs responsabilités. Ils ne peuvent pas demander aux hôpitaux de dépenser sans compter pour assurer la sécurité sanitaire des Français et leur reprocher d’être déficitaires”**.

Pourtant, le législateur a reconnu qu’un certain nombre d’interventions ne devait pas être soumis à la tarification à l’acte. Il a donc créé une dotation *ad hoc* pour la compensation de charges liées à l’accomplissement de Missions d’intérêt général (MIG)⁴. Contractualisées entre l’ ARH-ARS et chaque établissement, ces missions concernent notamment : l’enseignement, la recherche, la médecine préventive, l’éducation pour la santé ou la lutte contre l’exclusion sociale. Plus largement encore, elles sont à même d’inclure des aides à la mise en œuvre des orientations du SROS, à l’amélioration de la qualité des soins, à l’élaboration et au lancement de politiques sanitaires locales ou nationales, à l’innovation ou au rôle de recours de certains établissements, à des actions de soins relatives à des populations spécifiques.

Chaque hôpital est donc incité à jouer sur les deux registres des activités rémunérées à l’acte (d’abord médicales) et au forfait (d’abord de santé publique).

Le titre III de la loi du 21 juillet 2009 a, par exemple, pour objectif de développer l’éducation thérapeutique des patients, pour améliorer les conditions de vie et de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Cela permet au patient de mieux connaître la maladie et son traitement mais aussi de développer ses compétences d’auto-soins et d’auto-vigilance. Cet apprentissage est, en général, pris en charge par des équipes pluridisciplinaires (infirmière, diététicienne, psychologue...) ayant suivi des formations spécifiques et se déroule sur plusieurs séances.

Le mode de valorisation des MIG est avant tout déclaratif, cela pour tenir compte de la réalité du coût complet. Du moins, en théo-

rie ! Car, en pratique, les établissements font parvenir leurs statistiques d’activités, puis l’ensemble des données est agrégé par les services du Ministère. Chaque ARH se voit ensuite allouer une dotation tenant compte de l’ONDAM⁵. L’enveloppe MIG doit donc participer à l’effort d’économie entrepris pour respecter les mesures décidées dans les lois de financement de la Sécurité sociale. Les ARH redistribuent ensuite ces enveloppes globales aux établissements, en fonction du contexte local. L’enveloppe initiale étant inférieure aux besoins exprimés, les montants attribués aux établissements ne couvrent jamais la totalité des dépenses engagées. A charge pour chaque hôpital de faire des arbitrages entre toutes les activités concernées.

3. L’HÔPITAL COMME SOURCE D’INFORMATION EN SANTÉ PUBLIQUE

Comme l’a constaté l’OMS en 2000, notre système de santé est l’un des meilleurs du monde. L’espérance de vie moyenne, notamment celle des femmes (84,1 ans en 2006), place la France en deuxième position mondiale, derrière le Japon. La longévité des personnes passant les 65 ans est l’une des meilleures d’Europe. La France est, en outre, l’un des pays les mieux préservés des maladies cardiovasculaires et, de manière générale, la lutte contre les pathologies chroniques y est également satisfaisante.

Pourtant, la France reste incapable de réduire certaines inégalités en matière de santé. Dans son rapport de janvier 2002, le Haut Comité de la Santé Publique (HCSP) précise : **“L’espace national français est un des plus hétérogènes d’Europe, tant par ses traits physiques, humains, sociaux que culturels. Cette hétérogénéité trouve une traduction sanitaire”**.

Ainsi, deux principaux points faibles apparaissent dans les données statistiques françaises. Il s’agit, d’une part, de l’importance des décès survenus avant l’âge de 65 ans et, d’autre part, des inégalités de santé entre les sexes (un homme vit en moyenne

sept ans de moins qu'une femme) comme entre catégories socioprofessionnelles (un ouvrier a 4,5 ans d'espérance de vie de moins qu'un cadre). Enfin, le sud du pays est favorisé par rapport au nord. Ainsi, les données statistiques confirment l'importance de l'organisation territoriale.

Dans un but de recensement plus pertinent de l'activité hospitalière a été lancé en 1995 le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Ce dispositif permet de collecter, valider, analyser puis diffuser l'information. Il implique les praticiens responsables du "codage" de leur activité, les SSPIM⁶, qui recueillent, traitent les données médicales et apportent une aide aux services cliniques, et les tutelles auxquelles sont transmises les données pour facturation.

Cet instrument d'allocation budgétaire s'est heurté à plusieurs obstacles. Tout d'abord, la France souffre d'une absence de tradition épidémiologique forte⁷ et ce recueil des données a parfois été vécu comme une contrainte sans contrepartie. De plus, cet outil, qui ne prend pas en compte toutes les activités hospitalières, ne mesure pas la qualité. Enfin, il occulte le contexte local en se basant sur l'activité intra-hospitalière et a tendance à favoriser les petites structures.

Pour autant il s'avère être un progrès vers un système d'information, fournissant des données fiables et exploitables. Il a eu le mérite de créer des situations de dialogue au sein des hôpitaux ainsi qu'entre les établissements et les tutelles, en favorisant la diffusion d'une culture du résultat. En effet, le PMSI a notamment réduit les effets de l'incertitude médicale et de l'asymétrie de l'information ; outil standardisé au niveau national, il permet des comparaisons et introduit donc une forme de concurrence entre les établissements.

Ainsi, à partir du PMSI, ont été créées des bases de données régionales et nationales permettant l'analyse statistique des affectations et des prises en charge des patients. Ainsi, la Statistique Annuelle des Etablissements (SAE) donne des informations générales sur tous les établisse-

ments, publics ou privés. Au-delà, le PMSI délivre des indicateurs globaux permettant de dresser un bilan de santé de la France. C'est largement au vu de ces données que sont élaborés les divers Plans de Santé Publique (environnement, travail, santé mentale) qui se multiplient depuis les années 1990.

PARTENAIRES, PLUTÔT QUE CONCURRENTS

Face à ces nouveaux enjeux qu'il a, pour partie, contribué à mettre au jour, l'Hôpital peut être un acteur central. Qu'il s'agisse de la territorialisation des actions de santé, de l'éducation pour la santé ou de l'accès pour tous à des soins de qualité, l'Hôpital regroupe les compétences, possède les moyens et bénéficie d'incitations ciblées. Encore faut-il qu'il s'en saisisse. Pour cela, la première condition est que ses actions soient menées en partenariat avec des acteurs considérés naguère comme des concurrents. Ce n'est qu'au prix de la disparition des clivages fondateurs (soins / prévention ; privé / public ; médical / social, administratifs / médecins, etc...) que l'Hôpital pourra tenir sa place et profiter du mouvement vers une nouvelle santé publique, tout en le renforçant.

Perrine BALIVET

1. Charles-Edward Amory Winslow, Professeur en Santé publique à l'École de Médecine de Yale (1877- 1957)

2. Tarif pour une durée moyenne de séjour. En effet, la T2A définit des tarifs différents pour les séjours de très courte ou de très longue durée.

3. Président du Syndicat National des Cadres Hospitaliers

4. Le texte fondateur est la loi de financement pour la Sécurité sociale de 2004.

5. Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie. Il s'agit du taux de croissance des dépenses de santé (remboursées) fixé annuellement par le parlement sur la base des prévisions d'experts du Ministère de la Santé.

6. Service de Santé Publique et d'Information Médicale.

7. Epidémiologie : étude des facteurs influant sur la santé et les maladies des populations humaines. Il s'agit d'une science qui se rapporte à la répartition, à la fréquence et à la gravité des états pathologiques. L'étude de la répartition et des déterminants des événements de santé sert de fondement à la logique des interventions effectuées dans l'intérêt de la santé publique et de la médecine préventive.

Frédérique KUTTENN

L'HÔPITAL ET LA SÉCURITÉ SOCIALE : UN COUPLE MENACÉ

LA MÉDECINE FRANÇAISE = L'EXCELLENCE POUR TOUS

Deux événements fondateurs sont à l'origine de l'organisation actuelle de la médecine française :

- la création de la Sécurité sociale en 1945, permettant l'accès à la santé du plus grand nombre.

- la Réforme hospitalo-universitaire de 1958, imaginée et voulue par le Pr. Robert Debré et rendue possible par le gouvernement de l'époque, dont Michel Debré, son fils, était le Premier Ministre. Cette réforme, en créant le Temps Plein Médical et la double appartenance hospitalo-universitaire, a permis de réintégrer à l'Hôpital et à l'Université les talents d'une élite médicale qui, auparavant, passait le matin dans les services à l'hôpital puis s'en allait pratiquer des consultations rémunératrices en ville.

Cette réforme a permis un essor scientifique considérable de la médecine française, considérée jusqu'à maintenant comme **"la meilleure du monde"**.

Ces deux événements fondateurs ont donc permis à la fois l'excellence de la médecine et son accès à tous. Actuellement, à la fois la Sécurité sociale et l'Hôpital Public sont menacés.

LA SÉCURITÉ SOCIALE ET SON "DEFICIT"

Il n'est pas d'année où le gouvernement et les médias ne nous inondent d'annonces concernant ce qu'il est devenu convenu d'appeler le **"trou de la Sécu"**, qui tendrait à atteindre des profondeurs abyssales.

En fait, le "déficit de la Sécurité sociale" n'existe que tant qu'il n'existe pas d'adéquation entre les recettes et les dépenses. Or le manque au niveau des recettes trouve de multiples causes récurrentes : flux financiers entre régime général et autres régimes à démographie déclinante, charges indues mais surtout gestion de l'emploi par l'Etat aux dépens de la Sécurité sociale avec une pratique chronique d'exonérations de cotisations patronales des entreprises, qui représentent des sommes considérables (25 à 30 Mds €/an, finalement remboursés ou non) et dont l'impact est bien réel sur le financement de la "Sécu" (au 31 décembre 2008, l'Etat lui doit 4,5 Mds €). A ces causes évidentes, viennent s'ajouter des facteurs plus récents : abaissement de l'âge de la retraite dans les années 90, remontée du chômage, qui grèvent la perception de cotisations tant patronales que salariales. Faut de vouloir augmenter les recettes à hauteur de la croissance des dépenses de santé, les gouvernements "fabriquent" un déficit qui leur sert ensuite à justifier des mesures d'économie qui vont pénaliser les classes sociales les plus défavorisées, voire à mettre en avant l'avantage qu'il y aurait à faire prendre le relais de la Sécurité sociale par des assurances privées.

ATTAQUES CONTRE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les critiques contre la Sécurité sociale et les appels à solution sont donc de deux ordres :

- 1) Une demande de retour à l'équilibre, somme toute légitime, qui s'applique à

réduire les abus et à respecter les recettes légitimes, donc à ajuster recettes et dépenses. C'est le rôle de l'Etat, un Etat au service de tous les citoyens, soucieux du bien-être et de la santé de tous, parce que tel est son rôle et aussi parce que la santé des Français est une condition essentielle à la productivité de l'ensemble du pays.

2) Des propositions d'intérêt nettement moins général, puisqu'elles consistent à vouloir segmenter la population et sélectionner les "bons risques" en attirant vers des assurances privées à but clairement lucratif, les populations ciblées comme "jeunes, en bonne santé, solvables". Ces assurés, rarement malades, paieront donc à ces compagnies d'assurances des cotisations permettant de dégager des bénéfices pour le plus grand bien des actionnaires.

A la Sécurité sociale, ou ce qu'il en restera, incombera de "couvrir" les populations en situation de précarité, âgées, atteintes de maladies graves, complexes ou encore chroniques et... coûteuses.

On prétend donc apporter des solutions et changer une situation dénoncée comme désespérément déficitaire par des systèmes d'assurance, qui, du fait de la sélection des assurés et de leurs pathologies arriveraient – eux – à dégager des bénéfices !

Le discours de ces "promoteurs" met généralement en avant la qualité de leur gestion comparée à l'incurie et à la gabegie qui caractériseraient la Sécurité sociale. Or, l'on sait que le budget de gestion de telles compagnies d'assurances est important, de l'ordre de 15 à 20% de leur budget contre 4% pour celui de la Sécurité sociale. Aux Etats-Unis, où 47 millions sur 250 millions d'habitants ne sont pas assurés sociaux, le budget de la Santé est le plus élevé au monde, représentant 15% du PIB (10% en France) et plus de deux fois la moyenne de l'OCDE¹.

Ce coût élevé de la santé résulte de la concurrence entre compagnies rivales et du marketing exigé par cette situation : augmentation des coûts (à la charge des assurés), et réalisation de bénéfices financiers (pour les assureurs). Ces bénéfices au profit des actionnaires de ces compagnies sont clairement réalisés aux dépens de ce qui aurait pu être la prise en charge

d'autres classes sociales et le réinvestissement dans le parc hospitalier.

Il est évident qu'un gouvernement qui se concevrait comme étant au service de tous les citoyens ne devrait éthiquement pas pouvoir admettre de remplacer un système "au service de tous", que beaucoup de pays nous envient, par un système où le marché privé de l'Assurance Maladie, proposé par certains sous prétexte de "rationalité" et "efficacité", est à la fois extrêmement coûteux et profondément inégalitaire : - sélection des risques (patients, pathologies), aggravation des inégalités d'accès aux soins, dégradation de la qualité des prestations médicales.

On prive les plus défavorisés de l'accès aux soins, pour pressurer la partie solvable de la population et réaliser des bénéfices qui sont détournés du potentiel de soins et de l'intérêt collectif.

MENACE SUR L'HÔPITAL PUBLIC

L'Hôpital est le centre de gravité du système de soins français depuis la Réforme Debré de 1958.

L'Hôpital Public est conçu comme un pôle d'excellence. Ses missions sont :

- l'accueil de tous les patients,
- la réponse à tous les types de demande et la recherche de solutions pour tous les types de pathologies,
- l'accueil des urgences,
- la permanence des soins.

A cela s'ajoutent, pour le CHU, des missions d'enseignement des étudiants en Médecine et Paramédicaux, de Recherche et d'Innovation.

L'Hôpital représente un poste important du budget de la Sécurité sociale. Encore la proportion en a-t-elle été réduite par rapport au budget total : 55% en 1982, 44,5% en 2006.

La volonté gouvernementale de maîtriser les dépenses hospitalières a conduit à la bureaucratisation du monde hospitalier. Le modèle de l'Hôpital-Entreprise fait florès : davantage d'autonomie de gestion pour les hôpitaux,

- incitation à adopter les méthodes de gestion du secteur industriel : équilibrage des comptes, rentabilité, productivité, mise en concurrence,
- encouragements à conclure des partenariats avec des cliniques privées.

La “modernisation” est encouragée dans tous les sens :

- assouplissement des règles de gestion, notamment des statuts des personnels, correspondant à une déréglementation du marché du travail, recours aux CDD, nombre de postes par service remplacé par une “masse salariale” dont on sait qu’elle n’évoluera pas au rythme du coût de la vie et des salaires,
- suppression de personnel (non-remplacement lors de départs à la retraite ; suppression d’un poste provisoirement non pourvu en attente d’un candidat ayant le profil souhaité du poste),
- passage à un mode de facturation concurrentiel, identique pour les cliniques et l’hôpital.

Le coût d’une hospitalisation a été diversement évalué selon les époques :

- en fonction du **Prix de journée**, ajusté selon le type de spécialité,
- puis a été attribuée une **Enveloppe**, dite de **Budget global**, réajustée chaque année en fonction des dépenses,
- depuis 2007, une évaluation est réalisée du coût moyen d’une hospitalisation pour chaque pathologie, dite **T2A**, avec des ajustements en fonction des pathologies associées, des complications, de l’âge du patient. Les sommes dépensées par l’hôpital lui sont donc reversées en fonction de l’activité ainsi évaluée. A ceci près que :
- les pathologies les plus rares et les plus complexes ne sont pas toutes codifiées, donc les hospitalisations correspondantes ne sont pas évaluées,
- la part du temps médical et paramédical consacré à l’enseignement des étudiants en médecine, des infirmières et agents hospitaliers, mission essentielle de l’Hôpital, n’est pas prise en compte,
- le temps consacré à la Recherche et à l’Innovation est évalué à travers les articles publiés par chacun des hôpitaux et reconnu et rémunéré par les Missions d’intérêt général et d’aide à la contractualisation (MIGAC), sommes qui peuvent représenter 13% du budget de l’Hôpital et qui restent inférieures au coût en temps, explorations, traitements qui ont permis les progrès médicaux correspondant à ces publications.

La tarification à l’acte met les établissements hospitaliers publics en concurrence directe avec les cliniques privées qui ont, elles, la possibilité de sélectionner et de traiter des pathologies lucratives, de rediriger des patients trop compliqués ou non solvables, sans la charge d’avoir à assurer urgences, permanence des soins, enseignement, et avec une contrainte moindre de gestion du personnel.

L’Hôpital, mis en situation de convergence tarifaire public-privé, alors que ses missions sont différentes de celles du secteur privé, se trouve ainsi fragilisé économiquement et n’a plus que l’alternative de faire faillite (!), ou de jouer le jeu de la concurrence comme on l’y invite, en se comportant comme les cliniques privées et en sélectionnant pathologies et patients.

Est-ce ce rôle que l’on veut faire jouer à l’Hôpital ? Est-ce cette organisation de la Santé que souhaite la population ?

Les intérêts des investisseurs sont différents de ceux des médecins et des patients, et l’on attend de l’Etat qu’il défende ces derniers.

A quoi sert d’avoir une médecine d’excellence si une fraction de plus en plus importante de la population ne peut y avoir accès ? Et si des considérations mercantiles détournent la recherche de maladies considérées comme “non rentables” ?

LA LOI HPST

C’est dans ce contexte orchestré de “déficit” et d’une activité d’hospitalisation représentant un poste important du budget de la Sécurité sociale, qu’a été élaborée la loi “**Hôpital Patients Santé Territoire**” (HPST) dite aussi “loi Bachelot”, dont une partie concerne l’Hôpital.

Ce projet de loi a déclenché un intense mouvement de protestation :

13 et 25 mars, 8 et 22 avril, 6 et 27 mai 2009 : assemblées générales successives à la Faculté de Médecine d’Odéon, puis à l’hôpital Cochin, avec des amphithéâtres bondés de participants inquiets, révoltés, déterminés, médecins des hôpitaux de l’Assistance publique de Paris (AP-HP), auxquels s’étaient joints des médecins des hôpitaux de province, des personnels soignants, administratifs, des syndicats (CGT, FO,

SUD...), des associations de patients, et deux grandes manifestations, nationale à Paris le 28 avril, et par régions le 14 mai, où pour la première fois, infirmières, agents hospitaliers et administratifs, médecins étaient dans la rue côte à côte pour **défendre l'outil de travail : un hôpital public au service de tous !**

L'objectif de la loi Bachelot n'est pas l'amélioration des soins, mais la rentabilité. La préoccupation centrale n'est plus le malade, mais le compte d'exploitation de l'hôpital, avec une série de mesures comptables pour réduire les coûts : nouvelle gouvernance, tarification à l'acte, réduction de personnel.

- **"Nouvelle gouvernance" : concentration du pouvoir aux mains d'un directeur**, de formation administrative, auquel il revient de décider des orientations médicales de l'établissement, et aussi de nommer les médecins. Il est responsable de l'équilibre financier devant l'Agence Régionale de Santé (ARS). Ce sera sa préoccupation première, aux dépens de la mission de soins. Il est révocable à tout moment. L'ARS elle-même dépend directement du gouvernement.

- **Suppression des Services hospitaliers**, qui sont les unités actuelles de fonctionnement de l'hôpital, les bases de son organisation par spécialités, et où s'élaborent les demandes de moyens pour l'amélioration des soins ; donc, aussi, suppression des chefs de service médicaux et des cadres infirmiers qui assuraient l'animation de ces structures et les dirigeaient. En revanche, mise en place de "pôles" (regroupant 5 à 15 services, selon "affinités" et/ou complémentarités dans les meilleurs des cas). Le médecin chef du pôle est nommé par le directeur. Forcément éloigné des problèmes de chacun des ex-services réunis dans son pôle, il représente un interlocuteur moins coriace vis-à-vis de l'Administration (concentration de la responsabilité, mais dilution de la connaissance des problèmes). Ainsi, des structures de **fonctionnement** sont supprimées et remplacées par des structures de **gestion**.

Il semble que ce soit principalement cette mesure, facile à appréhender, qui ait mis le feu aux poudres ! Derrière une mesure qui

pouvait passer pour vénielle, certains, et finalement la majorité des médecins et du personnel hospitaliers, ont su y voir au minimum le mépris vis-à-vis des conditions minimales de fonctionnement de l'Hôpital, voire une volonté maligne de déstructuration. Il s'est soudain produit une prise de conscience de l'ensemble des menaces qui pèsent sur l'Hôpital public.

- **Suppression de personnel** : suppression cette année de 1.000 emplois à l'AP-HP², 650 à Nancy, 550 au Havre, 400 à Caen, 400 à Nantes, 200 à Lyon, 1.000 à Marseille, et d'ici 2012, 20.000 sur toute la France dont 4.000 à l'AP-HP (2), personnel non médical d'abord, puis médical, ce qui est incompatible avec la qualité des soins.

- **Tarification à l'acte** : chacune des pathologies des patients hospitalisés a une "cote". Cette cote détermine le montant du remboursement que l'hôpital recevra de la Sécurité sociale pour l'hospitalisation d'un patient atteint de cette pathologie. Pour qui cherche d'abord la rentabilité, la tentation sera grande de sélectionner les patients et les pathologies traités dans un service, en fonction des cotes les plus favorables, comme cela est réalisé dans les cliniques à but lucratif. Or ce n'est clairement pas la mission de l'hôpital public auquel il revient de prendre en charge les maladies graves (donc les plus coûteuses) et aussi de préserver une équité d'accès à tous.

La réaction des Médecins de l'Hôpital Public n'est pas la protestation de "mandarins" et la défense de soi-disant privilèges ou rentes de situation. C'est une révolte profonde, quelles que soient leurs sensibilités différentes, de la Gauche à la Droite, face à la déstructuration, la destruction de l'outil de travail, un Hôpital au service de tous. C'est le rejet des inégalités d'accès aux soins.

Le mouvement de rejet de la loi par l'ensemble des personnels a fait son unité autour de trois points essentiels :

- Refus de la nouvelle gouvernance donnant tout pouvoir au directeur de l'hôpital. Implication indispensable de la communauté médicale et de ses représentants dans les processus de décision concernant l'organisation de l'hôpital,

- refus des suppressions d'emplois médicaux, paramédicaux et administratifs pour des raisons purement comptables, sans restructuration qui les permette et les justifie,
- reconnaissance des services hospitaliers comme structures de base de l'organisation de soins.

Le calendrier. L'examen du projet de loi a suivi une procédure d'urgence, décidée par le Gouvernement, que rien d'essentiel ne justifiait.

- La loi a été votée à l'Assemblée nationale le 29 mars 2009 : passage en force, aucun des amendements négociés avec les conseillers de la ministre de la Santé n'a été accepté.

- 29 avril : début des discussions au Sénat. Alain Milon (UMP), rapporteur du projet de loi pour le Sénat, lui-même médecin, déplore le contenu de la loi, mais admet sa faible marge de manœuvre (sauf poussée populaire de rejet).

- 16 Juin : examen en Commission mixte paritaire (7 députés + 7 sénateurs), et vote par les 2 Assemblées les 23 et 24 juin.

- Le Conseil Constitutionnel interpellé par l'opposition n'a trouvé que peu à y redire.

- Juillet : la loi est promulguée. Rien n'a été obtenu.

La Loi HPST n'est pas en faveur de l'Hôpital Public. Elle lui demande non seulement d'équilibrer ses comptes, mais elle le met en concurrence avec le secteur privé lucratif alors même que l'Hôpital Public est chargé de missions auxquelles les cliniques ne sont pas astreintes.

“La stratégie hospitalière ne peut être décidée sur les seuls critères économiques (Pr. Joseph Allal, Président de la Commission médicale d'établissement - CME - de Poitiers). **La loi HPST risque d'entraîner l'hôpital dans une dérive technocratique, autoritaire et purement comptable, en contradiction avec sa mission de soins. Elle fait peser une menace sur la qualité des soins, et l'égalité d'accès à ceux-ci”**, valeurs auxquelles la population et le monde de l'Hôpital restent attachés.

“Au nom de son refus d'augmenter les prélèvements obligatoires, le gouvernement tourne le dos à l'idée de redistribution entre hauts et bas revenus, portée par

la Sécurité sociale. Ce ne sera plus : chacun cotise en fonction de ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins, qui était le dogme fondateur de la Sécurité sociale, mais chacun reçoit en fonction de ce qu'il aura réussi ou non à payer” (Cécile Prier **“Le Monde”**).

En faisant l'apologie du partenariat public-privé, de la responsabilisation et de la “modernisation” des services publics, la loi HPST pose comme horizon cet “Etat modeste” ou “régulateur”, se limitant, outre l'exercice de ses fonctions régaliennes traditionnelles, à élaborer et à faire appliquer les **“règles du jeu” assurant un bon fonctionnement de la concurrence** entre “opérateurs” privés et publics pour la réalisation des missions de service public.

“Changement”, “Nouveauté”, “Progrès”, “Modernité”, “Responsabilisation”... Le discours gouvernemental se prétend démocratique et social. Il sert d'habillage à une offensive d'envergure. La “modernisation” de la gouvernance sert d'abord d'euphémisme au projet néo-libéral. La loi HPST est une véritable machine de guerre contre les politiques publiques de redistribution économique et de transferts sociaux.

LES CHU ET LA COMMISSION MARESCAUX

Curieusement, et parallèlement aux débats à l'Assemblée Nationale, se tenait la Commission présidée par le Pr. Jacques Marescaux, censée réfléchir aux missions des CHU.

La gouvernance dans les CHU

Dans les CHU comme dans les autres hôpitaux, le Directeur **gouverne** (projet médical, recrutement des médecins, organisations en pôles et contrats d'investissement), le Président de la CME **propose**, le Doyen est responsable de l'**enseignement** et intervient dans les signatures des contrats de DHU (départements hospitalo-universitaires), le Vice-doyen chargé de la **Recherche** est membre de droit du Directoire - avec le Président de la CME et le Doyen - dont les autres membres sont nommés par le Directeur et qui est une simple instance de “concertation”

(amendement final ajouté par le gouvernement le 23 juin 2009).

Le financement

Au niveau du financement de l'Hôpital, il est évident que la convergence tarifaire Public-Privé, c'est-à-dire la tarification identique des actes dans les deux secteurs, pénalise aussi les CHU, compte tenu des missions auxquelles échappent les cliniques. Des hôpitaux locaux peuvent peut-être (sous la contrainte) mettre fin à des activités coûteuses, qui seront alors réorientées vers les CHU, mais les CHU, garants des recours pour les cas difficiles, ne devraient pas pouvoir s'y soustraire. Dans le même temps, les financements spécifiques de l'activité universitaire ne compensent pas la baisse de recettes liée à cette convergence tarifaire.

Afin de corriger la pénalisation imposée aux CHU par la tarification à l'acte, il est envisagé de mettre en œuvre des moyens de rémunération spécifique pour l'innovation et les soins de recours :

- L'identification d'innovation incomberait à la Haute Autorité de Santé (HAS) et sa classification en GHS³ **ad hoc** et son financement par l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM).

- Les activités de Recours exceptionnels (coût élevé, fréquence rare) devraient faire l'objet de rémunérations additionnelles destinées à des structures labellisées.

- Les activités de consultations pluridisciplinaires et hautement spécialisées devraient, là encore, faire l'objet de rémunérations adéquates après adaptation de la classification et des nomenclatures.

- L'Enseignement et la Recherche

Il existe dans le Rapport de la Commission Marescaux un souci évident de renforcer les moyens de l'Enseignement et de la Recherche dans les CHU :

- L'augmentation du *numerus clausus* de 3.500 à 7.000 pour l'admission des étudiants au Concours d'entrée en Faculté de Médecine nécessite non seulement le maintien du nombre des Enseignants (PU-PH, MCU-PH), mais aussi une bonne dose de créativité pour accroître les possibilités d'encadrements nouveaux nécessaires (mobilisation des CHR, stages chez le praticien, appel à des valeurs d'enseignement pour les PH...).

- Le choix du gouvernement d'inverser à marche forcée le rapport du nombre des généralistes/spécialistes (40/60 en 2007) a fait augmenter de 330 le nombre d'internes en médecine générale nommés à l'ECN (Examen classant national) en 2008 et de 130 encore en 2009, sans forcément disposer des moyens d'encadrement et de formation de ces internes. La loi HPST prévoit maintenant un recrutement annuel de 20 PU-PH, 30 MCU-PH et 50 CCA⁴ en Médecine générale aux dépens des autres disciplines et dans un groupe de médecins qui n'a pas forcément eu le temps de se préparer à ce rôle d'enseignant universitaire.

- Au sein de la triple fonction des médecins hospitalo-universitaires (soins, enseignement, recherche), il est prôné une certaine flexibilité, par exemple dans le temps qui peut être consacré temporairement et préférentiellement à l'une de ces missions, ou dans un cadre de contractualisation universitaire de praticiens hospitaliers.

- Le Rapport de la Commission Marescaux consacre une large part à la **recherche biomédicale** et mise largement sur le savoir-faire de l'Université dans le cadre de partenariats Public-Privé pour favoriser cette recherche et, si possible, rattraper le retard enregistré dans ce domaine au cours des dernières années. On y lit :

- qu'il faut **"ériger la recherche biomédicale en priorité nationale, en privilégiant les financements par appel à projet"**,

- et que **"faire de la recherche biomédicale une priorité, même en temps de crise, est loin d'être incongru compte tenu de son exceptionnel retour sur investissement"** (calculé à 25-40%/an dans trois pays anglo-saxons).

Serait-ce l'une des destinations de l'Emprunt national lancé par le Président de la République ? On imagine, en tout cas, les investisseurs en train de fourbir leurs armes.

LE FUTUR

Au cours des derniers 6 mois, les partisans de l'"Hôpital-Entreprise" l'ont emporté sur les défenseurs du "Service Public Hospitalier", mais pour Le **Mouvement de Défense de l'Hôpital Public** (MDHP),

“Nous avons perdu une bataille, nous n’avons pas perdu la guerre”.

On connaissait les forces de protestation des personnels soignants. On n’avait jamais éprouvé la force de protestation du personnel médical à tous ses échelons, pour la défense d’un Hôpital public offrant des soins de qualité et accessibles à tous. Au-delà des sensibilités politiques, le mouvement de toutes les catégories de personnel, de mars à juin 2009, a été un moment de prise de conscience et de colère, qui ne retombera pas. Il faut espérer qu’un large débat démocratique s’ouvre pour permettre une réforme de l’Hôpital public à la hauteur d’un projet de société. Le MDHP a pour objet de rassembler tous ceux qui veulent œuvrer à la défense de l’Hôpital public, à la qualité des soins, à un égal accès aux soins pour tous, à un financement équitable de l’Hôpital public. Il a pour vocation de regrouper médecins, soignants, autres membres de la communauté hospitalière, patients, à titre individuel ou à travers leurs associations, population dans son ensemble.

Le premier rendez-vous parlementaire sera, cet automne, le vote du plan de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). Veillons à défendre notre système de Sécurité sociale. Les assureurs privés sont en embuscade.

Des assemblées générales étaient prévues dès ce mois de septembre, des Conférences de Presse seront tenues sur les suppressions d’emplois dans les hôpitaux publics et leurs conséquences. Des colloques sont organisés sur le système de santé et son financement, dont le premier à Sciences-Po le 21 octobre.

André Grimaldi, diabétologue à la Pitié-Salpêtrière, a bien résumé l’enjeu en écrivant : **“Assisterons-nous impuissants à l’effondrement du service public hospitalier ? Ou bien verrons-nous dans un sursaut éthique les médecins hospitaliers se joindre à l’ensemble du personnel pour défendre non pas des intérêts corporatistes, mais l’hôpital public selon des valeurs très anciennes, mais en réalité d’une très grande modernité ?”.**

Frédérique KUTTENN

1. OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economique pour 30 pays européens.
2. AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris.
3. GHS : Groupes Homogènes de Santé
4. PU : Professeur des Universités, PH : Praticien hospitalier, MCU : Maître de conférences des universités, CCA : Chef de clinique des universités-Assistant des hôpitaux

Références

- F. LEBARON. Le Savant, le Politique et la Mondialisation. Ed. du Croquant. 73 Bellecombe en Bauge, 2003.
- J. De KERVASDOUE, R. PELLET. Carnets de Santé de la France. Dunod. Paris 2006.
- F. PIERRU. Hippocrate malade de ses réformes. Ed. du Croquant. Bellecombe en Bauge. 2007.
- G. VALLENCIEN. Réflexion et propositions sur la gouvernance hospitalière et le poste de président du directoire. Rapport à la demande R. Bachelot-Narquin, Ministre de la Santé. Remis le 10 juillet 2008.
- L. SEDEL. Chirurgien au bord de la crise de nerfs. Albin Michel. Paris 2008.
- R. PARC. Le malaise. Bull. Conseil Dépt. de l’Ordre des médecins de la ville de Paris. Décembre 2008, n°3, p1.
- C. PRIEUR. Les médecins craignent de voir le seul impératif de rentabilité gouverner l’hôpital. Le Monde. 28 mars 2009.
- APPEL DES 25. La loi Bachelot ? Sans nous ! Nouvel Obs. 16-22 avril 2009. P 81.
- LES 25. “Les 25 Professeurs caricaturistes et ignorants répondent à la Ministre de la Santé”. Actualité Nouvel Obs. 21 avril 2009.
- F. PIERRU. La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoire “c’est un peu la réforme de trop”. Le Monde. 29 avril 2009.
- Rapport de la Commission sur l’Avenir des Centres Hospitaliers Universitaires, présidée par le Pr. J. MARESCAUX. Mai 2009.
- VINGT CINQ PROFESSEURS DE MEDECINE DES HOPITAUX PUBLICS. L’Hôpital public mérite mieux qu’une procédure d’urgence. Libération. 27 mai 2009.
- COMMISSION MIXTE PARITAIRE. Projet de loi portant réforme de l’Hôpital et relatif aux patients, à la santé, et aux territoires. 24 juin 2009. <http://www.senat.fr/rap/108-463/108-46310.html>.
- CINQUANTE PROFESSEURS DE MEDECINE. Pourquoi la loi sur l’Hôpital est un échec annoncé. L’état privilégie le secteur privé contre le secteur public. Le Monde. 3 juillet 2009.
- C. PRIEUR. Le système de santé en voie de privatisation ? Le Monde. 9 juillet 2009.
- CONSEIL CONSTITUTIONNEL. Décision HPST n°209-584 DC du 16/07/2009. www.conseil-constitutionnel.fr et redaction@apmnews.com
- R. RYMER. Editorial. Lois HPST : fin de l’acte 1, un désolant gâchis. Lettre du SNAM-HP. Juillet 2009. www.snamhp.org.
- S. CYPEL. Critiqué, M. Obama pourrait revoir la réforme de la santé. Le Monde. 19 août 2009.
- L. CAPRON. Syndicat des Médecins des Hôpitaux de Paris. www.smhparis.com.
- J.J. DUPEYROUX. Sécurité Sociale. Dalloz. Paris 1967.
- G. De POURVOUVILLE. Les Hôpitaux français face au paiement prospectif au cas. La mise en œuvre de la tarification à l’activité. Revue Economique, 2009, 60, (2).
- J.M. LAXALT. Et si demain... la Sécurité Sociale éclatait. Ed. Jacob-Duvernoy. Paris 2009.
- Site du Mouvement de Défense de l’Hôpital Public (MDHP). www.mdhp.fr

VERS UNE MARCHANDISATION DE LA MEDECINE

Médecine = activité commerciale
 Médecin = prestataire de Service
 Patient = consommateur
 Relation thérapeutique = transaction
 Administrateurs d’hôpitaux = managers
 Assureurs = gestionnaires de Risque

Laurent SAUZE, François EISINGER, Charles CHANUT

ASSURANCE MALADIE : UN FUTUR À (RE)CONSTRUIRE

En 1945, la création de la Sécurité sociale a reposé sur deux piliers fondateurs : une redistribution assurant à tous un égal accès aux soins grâce au principe **“de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins”**, et une généralisation de la protection à l'ensemble de la population du pays, au-delà des seuls travailleurs salariés.

Jusqu'à la fin des années 80, cette organisation a survécu tant bien que mal, dans le contexte de la dualité du système de soins, avec la cohabitation d'un secteur public hospitalier et d'une médecine libérale. Le premier principe, celui d'équité d'accès aux soins, était écorné par l'existence d'un ticket dit modérateur, imposant rapidement la nécessité d'une part complémentaire du remboursement des frais, le deuxième principe, visant à l'universalité, n'étant atteint que très progressivement.

Ce fragile équilibre a volé en éclats au cours des années 2000, avec une dissociation progressive entre les ressources et les dépenses, qui a généré le transfert de déficits croissants aux générations futures (Caisse d'amortissement de la dette sociale : CADES). Ce sont les principes eux-mêmes qui sont remis en cause, avec un déplacement progressif de la part des dépenses prises en charge par le régime

obligatoire vers des organismes complémentaires de surface et de financement variables. Paradoxalement, c'est, à la fois, à une étatisation de la protection sociale par la création des Agences Régionales de Santé et à une privatisation rampante du financement du système que l'on pourrait assister dans les années à venir, préfigurées par la loi Bachelot, Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

POURQUOI EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

- Une Assurance Maladie faible, éclatée, sans véritable pouvoir de régulation.

La construction de l'Assurance Maladie s'est faite sur le terrain : elle est née des premières caisses de secours mutuel et, jusqu'en 2004, on comptait toujours en France Métropolitaine 19 régimes ; pour le seul régime général, 129 Caisses Primaires étaient dotées chacune d'un conseil d'administration.

Lorsqu'il s'agissait de négocier localement des conventions avec les professionnels de santé organisés tout aussi localement, cette architecture avait un sens. Ce n'est plus le cas depuis longtemps.

Par ailleurs, la marge de manœuvre de ces conseils sur ce que nous appelons maintenant le **“panier de biens et de services”**

s'est restreinte progressivement, pour ne plus représenter que quelques prestations sociales et la participation à la gestion (limitée) de fonds d'aide aux réseaux ou à certaines actions de prévention.

La santé, comme le montre d'un bout à l'autre ce numéro d' "**Après-demain**", n'est pas une marchandise dont la régulation serait marchande (voir, dans ce numéro, l'article du Pr. Thouvenin). Son importance individuelle et collective en fait une valeur dont la gestion se doit d'être exemplaire et, a minima, démocratique.

Deux questions doivent donc être posées : qui participe à la régulation et comment se fait-elle ? Si 60 millions de personnes sont concernées, la question de leurs représentants est cruciale.

Ainsi, une démocratie sanitaire (voir plus loin l'article du Pr. San Marco) pourrait s'articuler autour de trois étapes : définir ce qui est pris en charge ou non (chirurgie esthétique/réparatrice...), définir le niveau et les modalités de prise en charge, définir un financement qui pérennisera ce système.

L'hypothèse que l'on peut faire est qu'un mode de régulation plus transparent et plus démocratique rendra plus acceptables des arbitrages individuellement pénalisants mais collectivement bénéfiques.

- Une absence de régulation démocratique du système de soins et de sa prise en charge.

Jusqu'en 1996, l'essentiel de la régulation s'élaborait dans les services du ministère chargés de définir les recettes (taux et assiette de cotisation) et les dépenses (ce qui était pris en charge et à quel taux), laissant à l'Assurance Maladie le soin de négocier les honoraires avec les professionnels de santé. Aucun lieu de concertation institutionnalisé associant usagers, experts, représentants élus, n'avait été mis en place pour définir le périmètre de prise en charge, et notamment le panier de soins et de services.

Avec les ordonnances de 1996 et la création de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, c'est la représentation nationale

qui, légitimement, fixe l'**ONDAM** (Objectif des dépenses) mais, en même temps, sont créées les Agences Régionales de l'Hospitalisation qui régulent le système hospitalier, prenant l'avis, uniquement consultatif, du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale.

Quant à l'Assurance Maladie, elle n'a plus à gérer que le seul secteur ambulatoire, dont les représentants ont vite compris que l'essentiel se passait avenue de Ségur où l'on verra une ministre négocier directement le prix des lettres clés avec les syndicats médicaux.

Dans un tel système de "régulation", le poids des lobbies est prédominant. Force est de constater que celui des malades et des assurés sociaux s'est révélé structurellement le plus faible.

- Un système de soins inorganisé et mal financé.

Une caractéristique spécifiquement française est, pour la moitié des dépenses, l'association devenue insupportable depuis la fin des Trente Glorieuses et la baisse de la croissance économique, d'un mode de production libéral payé à l'acte et d'un financement socialisé sans contrainte réelle. De plus, le système du co-paiement (obligatoire/complémentaire) a des conséquences sociales très significatives : 7% des Français (soit environ 4 millions de personnes) n'ayant pas de couverture complémentaire (15% des ouvriers, 18% des chômeurs) et renonçant de ce fait à certains soins. Enfin, l'Etat et l'Assurance Maladie n'ont jamais défini rationnellement un panier de soins relevant du seul régime obligatoire, la séparation entre assureurs obligatoires et complémentaires s'organisant sur le paiement, au lieu de l'être sur la prestation.

En Europe, nous sommes le seul pays à compter autant de spécialistes hors de l'hôpital et aussi peu de contraintes de qualité dans les résultats. La non régulation/coordination des cabinets médicaux entraîne une disparité géographique importante dans l'offre de soins et une permanence de soins peu efficiente.

**MAL ENGAGÉ, LE FUTUR DE
L'ASSURANCE MALADIE
DEMANDE UNE RÉORGANISATION
DE FOND**

La loi Bachelot est inquiétante. Elle comporte néanmoins des aspects positifs importants : le principal étant le regroupement sous la même autorité de régulation de l'ensemble du champ sanitaire (hospitalier et ambulatoire), du médico-social et de la prévention, dont on espère qu'il pourra mettre fin au cloisonnement entre ces secteurs et donc, in fine, entre les prises en charge des malades. Cependant, il comporte aussi le risque majeur d'un affaiblissement définitif de l'institution "Sécurité Sociale", en confiant à l'Etat des missions de gestion du risque auxquelles il n'est pas préparé, et il ne règle en rien le déficit de financement qui menace la pérennité du système.

Il est urgent de débattre de quelques points fondamentaux :

- L'organisation de l'Assurance Maladie, sa gouvernance et ses missions.

Le maintien d'une Assurance Maladie forte, couvrant un risque étendu, sur des principes de solidarité, autonome par rapport à l'Etat, nous paraît indispensable, mais pour passer du statut de payeur aveugle à celui de régulateur avisé, le poids politique de l'Assurance Maladie doit être d'une part redéfini face à l'Etat, et d'autre part renforcé face aux différents lobbies du système de soins.

- Une représentation qui doit être revue.

Les partenaires sociaux ont bien sûr toute leur place... à hauteur de la part que représentent les cotisations sociales (50% du financement) mais il faut envisager un poids plus grand des associations de malades et des fédérations d'usagers et de consommateurs (20 % des financements actuels viennent des ménages) et sans doute aussi des élus, compte tenu du poids grandissant des recettes fiscales (30% du financement à ce jour).

- Une organisation à repenser.

L'éclatement territorial en 129 CPAM a constitué un obstacle majeur à l'émergence progressive d'une Assurance Maladie comme acteur de régulation. Pour autant l'Assurance Maladie est aussi un service de proximité, à développer par ailleurs, qu'il convient de suivre et d'orienter. Le partenariat avec les acteurs politiques de la territorialité est donc une nécessité économique et morale.

Cette réorganisation est rendue possible par le fait que les frais de gestion actuels sont de l'ordre de 7%. Ce niveau particulièrement bas, comparé aux assurances privées, s'explique en partie par le niveau très faible des dépenses de publicité et de communication et l'absence d'actionnaire à rémunérer.

Il existe donc une marge de manœuvre significative pour améliorer la qualité et l'utilité médicale et sociale de l'Assurance Maladie.

- Une mission de régulation clairement affirmée et définie.

Historiquement, l'Etat et l'Assurance Maladie se sont partagés les rôles en matière de régulation :

- l'Etat définissant le panier de soins et de services et gérant l'offre de soins ;
- l'Assurance Maladie gérant les relations avec les professionnels de santé libéraux à travers le système conventionnel.

S'il s'agit de devenir et de demeurer un régulateur avisé, ce partage des rôles doit être revu, tant dans la forme que sur le fond.

- Dans la forme : l'intervention de l'Etat dans la gestion des relations conventionnelles est allé croissant. Une délégation claire doit être arbitrée. De ce point de vue, la loi HPST est d'une ambiguïté totale et peut être compatible avec l'un ou l'autre des deux termes de l'alternative. Cependant, le système conventionnel est arrivé à bout de souffle, les dépassements d'honoraires (plus de 2 milliards d'euros par an) rendant floue, voire inopérante, la notion de tarif conventionnel.

- Sur le fond : panier de soins et de services, offre de soins et allocations de ressources, ne sont pas des domaines indépendants. Sur ce point, on peut comprendre que la gestion de l'offre de soins intéresse tout particulièrement l'Etat dans ses fonctions régaliennes, et la création des Agences Régionales de Santé (ARS) lui permet maintenant d'intervenir sur un périmètre étendu, en tenant compte des particularismes locaux.

La régulation macro-économique se fera désormais essentiellement, d'une part par l'organisation et la maîtrise de l'offre de soins, d'autre part par l'incitation et le contrôle de l'amélioration de la qualité des prestations prises en charge.

Pour autant, l'Assurance Maladie, en tant qu'"acheteur" de prestations, devrait (ré)occuper la place qui correspond à ce statut : gérer réellement le risque en mettant le patient au centre du dispositif.

Une délégation réelle de l'Etat sur les trois secteurs suivants nous paraît indispensable :

- La gestion des modalités de financement avec les professionnels de santé, y compris les acteurs hospitaliers. Cela correspond à un savoir-faire historique et le lieu où les "malades organisés" rencontrent des "professionnels organisés" pour négocier les tarifs paraît logique. L'heure est cependant à l'innovation tarifaire. Le paiement à l'acte n'est plus adapté à la prise en charge de malades chroniques ni à l'exercice pluridisciplinaire ou en réseaux.

Là encore, avec la création des ARS, la proximité établie entre le planificateur et le payeur facilitera expériences et retour d'expériences.

- La définition de panier de soins et de services : la prise en charge de celui-ci ne peut être illimitée. Des arbitrages toujours plus difficiles seront à faire, notamment entre ce qui relève de l'utile et du confort, ou de la responsabilité individuelle et collective. De même, les incitations à des conduites responsables vont représenter une part importante des actions des gestions du risque, et, toujours parce qu'elle est au service des usagers, l'Assurance

Maladie devrait trouver naturellement dans ce domaine la place qui lui revient. La récente création de la Haute Autorité de Santé, en apportant l'avis autorisé des experts, devrait permettre des décisions éclairées.

- Le développement des services auprès des assurés et des patients : au-delà de l'écoute attentive et face à un système de soins de plus en plus complexe, les missions d'information (sur les coûts, sur la qualité du service rendu) et d'accompagnement dans la maladie chronique, voire dans le parcours de soins, deviendront essentielles.

- *L'assiette financière* :

Elle doit être renégociée (cf., dans ce numéro, l'article de Philippe Mossé et François Eisinger) en renouant avec le principe de solidarité et de redistribution qui fonde l'Assurance Maladie et doit concerner tous les secteurs de la richesse nationale, avec les conséquences que cela peut avoir sur la gouvernance.

CONCLUSION

L'Assurance Maladie n'est pas qu'un lieu de gestion technique et d'administration d'un service, c'est un enjeu qui impose des orientations politiques. Il s'agit bien de contenir une vision technocratique et gestionnaire, en redonnant la primauté au politique par des Conseils renouvelés.

La multiplicité des acteurs impliqués ainsi que l'importance à la fois pratique et symbolique de la santé imposent une attention particulière à la manière dont la programmation et les arbitrages sont réalisés. La chronologie devrait être la suivante : des orientations politiques redéfinies, une amélioration de la gouvernance, et, seulement après, une gestion locale optimisée. Dans ce cadre, la répartition des rôles, la coopération franche et l'articulation à tous les niveaux avec les ARS naissantes seront cruciales pour l'avenir à moyen terme de l'un des piliers de la protection sociale à la française : une Assurance Maladie solidaire et universelle.

**Laurent SAUZE, François EISINGER,
Charles CHANUT**

Jean-Louis SAN MARCO

VERS LA DÉMOCRATISATION ET L'AUTONOMISATION SANITAIRES : LA LONGUE MARCHÉ D'UNE CONFÉRENCE RÉGIONALE DE SANTÉ

Les objectifs affichés lors de la création des CRS (Conférences régionales de santé), dans leur première version (en 1997) et, plus encore, dans leur deuxième mouture en 2005, étaient d'en faire un outil de dialogue entre les décideurs et les représentants de la société civile, un élément de la démocratisation du système de santé. Ont-ils été atteints, au moins en partie ? C'est ce à quoi je voudrais répondre ici en analysant certains éléments du fonctionnement de cet organisme.

DÉMOCRATIE : NE PAS DÉPASSER LA DOSE PRESCRITE

La version actuelle, qui fonctionne depuis décembre 2005 dans notre Région Provence Alpes Côte d'Azur - et sera remplacée dans les semaines qui viennent par une troisième version, dans le cadre de l'installation de la loi HPST (Hôpital, Patient, Santé et Territoire) - y est mieux adaptée que la première, dont on peut résumer l'action à l'organisation de grandes-messes, sorte d'Etats généraux de la santé dont les membres auraient été convoqués par le Roi au lieu d'être désignés par la base. Plus ramassée, de structure potentiellement plus opératoire, elle a à présent comme seule obligation de désigner en son sein deux "formations spécialisées",

l'une destinée à l'évaluation des plans qui lui sont soumis, la seconde au suivi du respect du droit des usagers du système de soins. La CRS est libre de constituer en son sein toute autre formation qu'elle estime nécessaire.

Cette ouverture, démocratique, est contrebalancée par le processus de recrutement de ses membres, qui, lui, ne l'est pas. Tous désignés par le Préfet, ils l'ont été soit après discussion entre le membre pressenti et le DRASS (Directeur des Affaires Sanitaires et Sociales), soit, quand il s'agissait de représentants de structures puissantes, après négociation entre le même DRASS et le responsable de cette structure, lequel désignait son ou ses représentants. La démocratie, ou ce qu'il en reste, ne s'exprimant, une fois cette phase autocratique terminée, que lors de la désignation, par chacun des collèges, de ses représentants au bureau.

UNE BONNE INTENTION FRAGILE

La création d'une formation spécialement dédiée à ce thème montre combien le **respect du droit des usagers** était au centre des préoccupations du législateur. Or, la fragilité de la représentation des usagers s'est manifestée de plusieurs façons. D'abord les modalités de reconnaissance

des associations d'usagers ont retardé la participation effective de ceux-ci, qui devaient, outre leur recrutement local par le DRASS, demander la reconnaissance nationale de leur association, ce qui a retardé le début des travaux et écarté certains membres déjà retenus.

Ensuite, avant la création – nationale, avec une déclinaison régionale – du CISS (Collectif inter associatif sur la Santé) ces usagers ne représentaient que leur association d'origine et n'intervenaient qu'à propos des problèmes propres à la pathologie correspondante. Le tout a débouché, initialement, sur une tendance à se retrouver quasiment seuls dans la formation considérée, et à n'envisager comme problème à traiter que les bavures dans l'exercice de ce droit, sans prendre en compte les difficultés de ceux qui avaient de graves difficultés à être soignés. Ce qui est pourtant une atteinte autrement grave au respect dudit droit !

LA TRANSMISSION FAIT DES PROGRÈS

Il a fallu leur forcer la main pour que ce problème fondamental puisse enfin être abordé. Pour faciliter la rencontre entre les ordres professionnels, l'Assurance maladie et les représentants des "non usagers", une commission permanente a permis des contacts réguliers et l'élaboration d'un projet de charte entre patients pris en charge par la CMU (autrement dit, les sujets qui rencontraient le plus de difficultés d'accueil auprès de certains professionnels de santé) et représentants des professionnels concernés. En cours de route, nous avons été rattrapés par la loi HPST qui traite maintenant, au plan légal, de ce problème.

Dernière difficulté : si le recueil des manquements au respect des droits des personnes prises en charge dans le système de soins était en général correctement organisé au sein de la quasi-totalité des établissements, la transmission à la Conférence ne se faisait pas avec la même automaticité ! Ce qui a nécessité, au départ, des enquêtes ad hoc, afin de compenser cette lacune. Tout cela appartient

au passé. Aujourd'hui, les usagers sont regroupés dans le CISS, ils prennent en compte autant les bavures dans le cadre des prises en charge pour ceux qui en bénéficient, que les obstacles à cette prise en charge pour ceux qui en rencontraient (et en rencontrent encore, dans une moindre proportion). L'automaticité du recueil et de la transmission des faits semble bien fonctionner. La nouvelle composition de la formation regroupe l'ensemble des collègues de la CRS.

La formation travaille mieux, elle a élargi son champ d'intervention à l'ensemble des droits des usagers, elle est soutenue par la totalité de la Conférence et on peut porter au crédit de la CRS l'amélioration progressive du fonctionnement de cette structure.

UNE PARTICIPATION DÉSÉQUILIBRÉE, DES MOTIVATIONS AMBIGUËS

Si la participation des membres de la CRS a été régulièrement satisfaisante, ce qui justifie a posteriori les choix du DRASS, elle a été, par contre, très irrégulièrement répartie. Deux collègues ont été marqués, tout au long des diverses réunions, plénières ou non, par un fort absentéisme. Cette participation très insuffisante pose deux problèmes de nature différente. **L'absence quasi permanente des Personnes qualifiées** traduit un choix de départ trop orienté vers certains notables du champ, sans doute plus intéressés par le soin que par la santé et qui n'ont pas trouvé, dans les travaux de la CRS, les références curatrices qui, seules, les intéressent. Pour tenter de corriger ce défaut, la tentation de se priver des médecins, que leur culture exclusivement curatrice éloigne souvent des préoccupations de notre assemblée, serait sans doute une erreur mais l'absence systématique de certains d'entre eux impose une révision des choix.

L'absence des élus, deuxième groupe marqué par une participation très faible, est d'une toute autre nature. A la notable exception de trois d'entre eux (sur 13 !), une UMP, un socialiste et un "vert", représentant Marseille, les Bouches-du-Rhône et une commune des Alpes-Maritimes,

certaines ne sont venus qu'une fois. L'un d'entre eux a présenté récemment sa candidature au bureau sans même se déplacer ! Cette absence représente un problème grave. Dans la récente loi HPST, les relations entre la future Agences régionales de santé (ARS) et les collectivités locales ne sont pas vraiment traitées. C'est pourtant un sujet majeur, pour l'instant sans solution. Tenter d'introduire une culture démocratique dans la gestion des problèmes de santé sans la participation active des élus relève de la gageure.

J'ajouterai que nous constatons un fonctionnement totalement dépendant de l'implication du DRASS... D'où une catastrophe en Haute-Normandie, avec une mise en sommeil de la CRS et, a contrario, des conditions parfaites en PACA ! Si je peux égoïstement m'en réjouir, il n'est pas bon que l'absence de politique de l'Etat au niveau des directions décentralisées puisse déboucher sur une telle cacophonie. Chaque fois que la personnalité d'un représentant de l'Etat semble prévaloir sur la politique de ce dernier, on ne peut que s'en inquiéter.

PRISE EN CHARGE DES ARRÊTS CARDIAQUES : LE MEILLEUR ET LE PIRE

Les difficultés pratiques d'une **opération de santé publique** ont pu être suivies, observées de l'intérieur. L'organisation d'une prise en charge efficace des arrêts cardiaques nous a semblé justifiée, d'une part en raison de leur fréquence de survenue et d'un pronostic effroyable (40 000 cas annuels en France, environ 2% de survie, contre 35% quand la prise en charge est organisée, comme à Seattle) et aussi par la nécessité, pour l'aborder, de conduire une opération de santé publique, dans toute sa complexité. Nécessité simultanée de l'installation des défibrillateurs automatiques externes (DAE) avec diffusion dans la population de la carte de leurs emplacements, de la formation d'un groupe suffisamment important de massés potentiels et enfin d'une communication vers la population pour obtenir son soutien et sa contribution à la chaîne de réanima-

tion. Les résultats de ces trois actions ont été très contrastés !

L'installation sur Marseille de DAE, achetés par la Ville et mis à la disposition des Marins Pompiers, a été un succès complet. La complémentarité de ce dispositif avec les appareils achetés par des privés s'est, par contre, soldée par un échec. Nous n'avons pas (encore ?) réussi à établir une carte commune et une information croisée ! La perte d'efficacité, avec des doublons éventuels, est majeure, allant inévitablement de pair avec des vides. L'installation des appareils sur la voie publique, qui les rendrait disponibles en permanence, a été un fiasco. Pire encore : une réunion sur ce thème, organisée à la Préfecture, s'est faite sans que la DRASS, la Ville, les Marins Pompiers, ni la CRS n'aient été prévenus. J'ignore encore, à ce jour, à quoi elle a abouti.

La formation de massés susceptibles de reconnaître une perte de connaissance, d'appeler les secours, de masser avant de pratiquer le déchoquage, est entamée. La structure dédiée de l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille (AP-HM) est lancée dans la formation des personnels hospitaliers, publics puis privés. La Croix Rouge agit pour sa part de façon plus compacte. Par exemple, une opération de sensibilisation, lors de la Foire de Marseille, a donné lieu à la formation de plus de 1200 personnes. Pendant le même temps l'Education nationale a formé un millier d'enseignants et sensibilisé environ 10 000 élèves.

A FR3, LA PRÉVENTION NE FAIT PAS D'AUDIENCE

L'essai de communication, enfin, a été un échec complet. L'AP-HP a certes produit, à notre demande, une série de spots télévisés pour annoncer la triple opération. Spots de durées très différentes, pour des usages variés, mais en dehors d'utilisations confidentielles, lors de manifestations internes ou organisées par un de nos participants, ils n'ont jamais pu être diffusés. La station régionale de FR3, informée, n'a montré aucun intérêt et a refusé de s'engager dans une opération de

prévention que ne justifiait pas un accident déclenchant, considéré comme indispensable à son investissement !

L'achat de DAE se poursuit. Un certain nombre de villes et de communes sont en train de s'équiper. Nombre d'acteurs se sont mobilisés, mais rien n'a pu être organisé, aucune ébauche de mutualisation. Aucun effort de communication commune n'a pu être entamé. Pour l'instant, en dehors des Marins Pompiers et de la Ville de Marseille, qui ont rempli leur contrat, on peut considérer l'opération comme un échec. On mesure les limites d'une structure dépourvue d'autorité, dont on croyait que cela lui permettrait d'être une facilitatrice... Mais la démocratie aussi, a besoin d'autorité.

“GIRONDINS” DE LA SANTÉ ?

La préparation de la loi HPST a donné lieu à d'intenses négociations, à propos des CRS comme des autres éléments de la gouvernance du système de santé. L'existence, la composition¹, le rôle des CRS ont été placés au centre du débat. Que la CRS reste un organisme consultatif paraissait acquis, mais si consultation il devait y avoir, restait à déterminer les conditions de celle-ci, débouchant sur les conséquences qui pourraient être tirées des avis exprimés. Sur quoi pourrait-elle donner un avis, et quelles seraient les retombées éventuelles des avis donnés ? Les présidents de CRS, réunis en une Assemblée permanente des présidents, au sein de la Conférence Nationale de Santé (CNS), où ils représentent un collège spécifique (que les autorités de la CNS considèrent un peu comme une faction “girondine” au sein d'une structure jacobine), ont essayé de se faire entendre. Ils réclamaient un droit d'auto-saisine à propos de tout problème sur lequel la CRS estimerait que son avis serait utile. Surtout, ils demandaient que le Directeur général de la future ARS soit tenu de venir rendre compte devant elle des résultats consécutifs aux avis donnés. Au fil des étapes de rédaction de la loi, il y eut quelques variations, mais, au bout du compte, il n'est pas resté grand-chose de ces desiderata.

Il reste que la loi maintient l'existence des CRS et indique les grandes lignes de leur action. Nous voici maintenant à l'heure de la rédaction des décrets d'application et d'un autre type de lobbying, mais qu'aucun représentant des CRS n'ait été retenu dans les groupes en charge de la préparation du travail... des CRS, laisse pour le moins dubitatif.

UN “A” EN PLUS

J'ai essayé de présenter le nouvel intitulé des CRS, devenues CRSA, le A signifiant autonomie, comme preuve de reconnaissance de l'autonomie, base de la gestion par chacun d'entre nous de sa santé, tout en sachant que tel n'était pas le dessein du législateur. Or, il faudra bien, un jour, que cette autonomie personnelle finisse par être reconnue, si l'on veut espérer une amélioration globale de l'état de santé de tous. Et la CRS sera l'outil idéal de cette autonomisation, mais nous en sommes encore loin.

Les CRS sont indiscutablement l'outil d'une plus grande diplomatie dans le domaine de la santé, mais, comme toute structure, a fortiori quand elle est ancienne et chargée de responsabilités, l'Administration freine ensuite des quatre fers quand il s'agit de laisser passer dans le réel, ce mouvement d'ouverture à l'origine duquel elle s'est pourtant trouvée. C'est maintenant aux CRS elles-mêmes de pousser, fermement, avec détermination, pour que cette ouverture encore partielle devienne vraiment opératoire. Nous avons tous à gagner à une vraie participation de la population à la gestion de sa prise en charge sanitaire. La direction est la bonne. Il reste beaucoup de chemin à parcourir.

Jean-Louis SAN MARCO

1. Composition actuelle des collèges : 1^{er} : élus locaux et représentants de l'Assurance-maladie, obligatoire et complémentaire. 2^{ème} : usagers du système de soins. 3^{ème} : professionnels de santé, libéraux, exerçant à l'hôpital en clinique et dans les services médico-sociaux, acteurs de Santé publique. 4^{ème} : représentants des établissements de soins publics et privés, Observatoires Régionaux de Santé (ORS), Facultés de Médecine, institutions sociales et médico-sociales, associations œuvrant dans le champ de la prévention et de l'éducation à la santé. 5^{ème} : personnes qualifiées. 6^{ème} : Conseil économique et social.

Dominique MARANINCHI

L'INSTITUT NATIONAL DU CANCER : QUATRE ANS AU CARREFOUR DE L'ACTION ET DE L'INFORMATION

Le Plan Cancer 2003-2007 prévoyait la création de l'Institut National du Cancer pour combler d'importantes lacunes dans le dispositif de santé publique et de recherche sur le cancer. C'est la loi de santé publique d'août 2004 qui a juridiquement créé l'INCa dont la constitution a été réalisée en juillet 2005, sous forme d'un Groupement d'intérêt public (GIP) rassemblant l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer. L'INCa est la seule agence sanitaire dédiée à une pathologie : le cancer, qui est la première cause de mortalité en France. En quatre ans, l'INCa a impulsé des avancées incontestables et irréversibles dont les effets concrets deviennent de plus en plus perceptibles pour les professionnels de santé, les chercheurs, les établissements, mais avant tout pour les patients.

HUIT MISSIONS

L'INCa est un opérateur de l'Etat, placé sous la tutelle des ministères chargés de la santé et de la recherche, chargé par la loi de **“coordonner les actions de lutte contre le cancer”**. Il a reçu à ce titre huit missions :

- l'observation et l'évaluation du dispositif de lutte contre le cancer ;
- la définition de référentiels, ainsi que des critères d'agrément des établissements et des professionnels de santé ;

- l'information des professionnels et du public ;
- la participation à la mise en place et à la validation d'actions de formation ;
- la mise en œuvre, le financement, la coordination d'actions de recherche et développement et la désignation d'entités de recherche en cancérologie, répondant à des critères de qualité, en liaison avec les organismes de recherche concernés ;
- le développement et le suivi d'actions communes entre opérateurs publics et privés dans les domaines de la prévention, de l'épidémiologie, du dépistage, de la recherche, de l'enseignement, des soins et de l'évaluation ;
- la participation au développement d'actions européennes et internationales ;
- la réalisation, à la demande des ministres intéressés, de toute expertise relative à la lutte contre le cancer.

POUR UNE STRATÉGIE NATIONALE

Groupement d'intérêt public, l'INCa intègre au sein de son conseil d'administration, l'Etat, majoritaire, et les acteurs dont l'apport est essentiel dans la lutte contre le cancer : les quatre fédérations hospitalières - publiques et privées - les grands organismes de recherche que sont l'INSERM et le CNRS, les Caisses d'Assurance maladie, les représentants

des malades à travers la Ligue contre le cancer et l'ARC.

Ce statut permet, en intégrant les apports des membres, de mobiliser, d'impliquer, de faire contribuer l'ensemble des acteurs de la lutte contre le cancer à la mise en œuvre d'une stratégie nationale.

Cette structure apporte une autre valeur ajoutée, car tous les acteurs sont présents dans le processus de concertation, de délibération et finalement sont engagés dans la mise en œuvre. Cela s'est déjà traduit concrètement dans plusieurs domaines, comme le financement de grands programmes de recherche, d'appels à projets, de cohortes, la production de référentiels nationaux pour les professionnels et les patients. Le GIP INCa va encore progresser dans la constitution et le croisement de bases de données, afin d'affiner nos connaissances sur la maladie, les prises en charge, les inégalités d'accès à la prévention, au dépistage, aux soins...

SANTÉ, RECHERCHE : À PARTS ÉGALES

Les autres instances de l'Institut National du Cancer sont consultatives, également très ouvertes et participatives. Il s'agit notamment du Comité des malades, des proches et des usagers, du Comité des professionnels de santé et du Conseil scientifique externe et indépendant, de composition internationale.

L'INCa est financé à parts égales par les ministères chargés de la Santé et de la Recherche. Il reçoit également des contributions des membres du GIP et d'autres partenaires publics et privés qui s'associent, par exemple, à des programmes de recherche. Son budget est d'environ 100 M€ par an, qu'il répartit à parts égales entre la Recherche et la Santé.

DEUX MÉTIERS, QUATRE DOMAINES

L'INCa exerce deux métiers de base : le développement d'expertises dans le domaine des cancers ainsi que la programmation scientifique, l'évaluation et le financement de projets.

Il intervient dans quatre grands domaines d'activité :

- la santé publique, pour mieux prévenir et dépister les cancers et les diagnostiquer plus tôt ;
- l'amélioration de la qualité des soins pour tous les patients et notamment l'accès aux innovations et progrès ;
- l'information des malades, des professionnels, de la population générale ;
- le pilotage de la programmation de la recherche médicale et scientifique, l'évaluation et le financement de projets de recherche.

RÉFÉRENCE, EXPERTISE ET VALEUR AJOUTÉE

L'INCa est donc devenu l'agence nationale sanitaire et scientifique en cancérologie, le "spécialiste" des pathologies cancéreuses au sein des entités publiques de l'Etat ou relevant de l'Etat. Il doit donc être leur référent en la matière, et, à ce titre apporter son expertise en cancérologie tant aux administrations de l'Etat, aux caisses d'assurance-maladie, qu'aux autres agences ou aux établissements publics à caractère scientifique et technologique (EPST).

L'INCa développe l'expertise à travers la production, la coproduction ou la participation à différents types de documents normatifs : expertises collectives, conseils aux patients, critères d'agrément, textes réglementaires et circulaires administratives comme, par exemple, le cahier des charges pour le dépistage organisé des cancers, le dispositif réglementaire en matière d'autorisation des traitements du cancer dans des établissements de santé, la circulaire relative aux réseaux régionaux de cancérologie.

Pour ce faire, il s'appuie sur son conseil scientifique, composé pour un tiers de scientifiques étrangers, sur le millier d'experts extérieurs qu'il sollicite tout au long de l'année de manière ponctuelle ou récurrente, et sur ses salariés.

Sa principale valeur ajoutée est donc sa capacité à fournir une connaissance la plus fiable et actualisée possible, transversale ("intégrée") sur les cancers.

DEUX VAGUES ANNUELLES D'APPELS À PROJETS

En matière de programmation scientifique, de financement et d'évaluation de projets, l'INCa est l'agence d'objectifs et de moyens de l'Etat dans le domaine des cancers.

La moitié de ses crédits (environ 50 millions d'euros par an) provient de l'Agence nationale pour la recherche. Il reçoit plusieurs centaines de projets par an et en sélectionne environ 30 %. L'Institut lance deux vagues annuelles d'appels à projets. Certains sont thématiques sur certaines pathologies (formes précoces du cancer colorectal, hépatocarcinomes, cancer de la prostate), d'autres sur des domaines (de la génomique à la qualité de vie des malades...), d'autres encore sont des appels à projets libres (environ 50 % des financements). Les équipes soumissionnent via les cancéropôles, qui ne filtrent pas les projets mais favorisent leur émergence. Le suivi scientifique et financier des projets se fait par des rapports intermédiaires et finaux et, le cas échéant, par une évaluation sur site.

L'Institut lance des appels à projet conjoints avec les grandes associations caritatives : avec la Ligue, en 2007, sur la carte d'identité des tumeurs, avec l'ARC sur les cancers professionnels. Par ailleurs, l'Institut gère, pour le compte de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, le "PHRC Cancer" (programme hospitalier de recherche clinique) soit 15 M€ sur crédits d'Assurance maladie. L'INCa évalue et sélectionne les projets dont le financement est assuré par la DHOS.

LE CULTE DU PARTENARIAT

Plus de 1.600 conventions de subventions ont été signées avec des partenaires extérieurs, depuis la création de l'INCa, principalement dans le cadre des appels à projets, dont la moitié est en cours d'exécution et nécessite la validation de rapports d'activité et financiers intermédiaires et finaux. Au titre de l'exercice 2008, par exemple, plus de 200 nouvelles conventions de financement ont été signées.

Au titre de sa mission générale de coordination, l'INCa travaille dans le domaine de la lutte contre le cancer, en partenariat avec les autres entités publiques et privées comme la HAS, l'AFSSAPS, l'INPES, l'InVS, la Mutualité française, le LEEM... Il signe à ce titre des conventions et accords-cadres avec celles auxquelles il apporte son concours, accords déclinés chaque année sous forme de programme de travail annuel.

Dominique MARANINCHI

GLOSSAIRE

INCa : Institut National du Cancer (agence nationale sanitaire et scientifique)

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale (Etablissement public à caractère scientifique et technologique)

CNRS : Centre national de la recherche scientifique (Etablissement public à caractère scientifique et technologique)

ARC : Association pour la Recherche sur le Cancer (Association reconnue d'utilité publique)

DHOS : Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (Ministère de la Santé)

HAS : Haute Autorité de Santé (Autorité publique indépendante à caractère scientifique, dotée de la personnalité morale et disposant de l'autonomie financière)

AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Agence sanitaire)

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Etablissement public placé sous tutelle du ministère de la Santé. Créé par la loi du 4 mars 2002, il s'est constitué à partir de la transformation du Comité français d'éducation pour la santé).

InVS : Institut de Veille Sanitaire (Etablissement public de l'Etat)

LEEM : Les entreprises du médicament (Association 1901).

Hervé CHNEIWEISS

LA RECHERCHE PUBLIQUE FACE AU PRIVÉ : QUELLES MISSIONS ET QUELLES COMPLÉMENTARITÉS ?

La Santé est devenue le principal secteur économique des pays développés, avec, d'une façon ou d'une autre, 20% du PIB consacrés aux soins à la personne. Les maladies chroniques associées à l'âge et au mode de vie représentent dans les pays riches les principaux postes de dépenses : pathologies cardiovasculaires, obésité, diabète, cancers, maladies neurodégénératives et psychiatriques. Au même moment, plusieurs millions de personnes meurent chaque année de maladies associées à la pauvreté (SIDA, paludisme, tuberculose, schistosomiase, bilharziose...) contre lesquelles des traitements sont disponibles mais chers - en raison des brevets - souvent toxiques et qui devraient être, par exemple pour les vaccins, des objectifs prioritaires.

Devant un tel enjeu, opposer le secteur privé et la recherche publique est obsolète, les collaborations étant réelles, importantes et nécessaires. La recherche n'est hélas pas un élément de la culture industrielle de ce pays. Seul le public peut donc aujourd'hui consentir l'effort d'investissement à long terme et sans garantie de profit que constitue la Santé, considérée de

façon globale et non seulement sur des niches lucratives. Or la recherche ne fait pas non plus partie de la culture politique de nos élites.

NI ANGÉLISME, NI CAPORALISME

La recherche conditionne le niveau culturel et technologique d'un pays ainsi que son rayonnement international. Dans tous les pays du monde, cette recherche est d'abord académique et publique. Les USA, en particulier sous les présidences démocrates, ont fait de longue date des Sciences de la vie une priorité d'investissement, absorbant environ 50% de l'effort de recherche, avec un budget pour l'année fiscale 2009 de près de 40 milliards de dollars pour les NIH, instituts de recherche dépendant du Département fédéral de la Santé. Une petite partie de cette somme est destinée à financer la recherche biomédicale privée. Il faut donc cesser d'opposer entre elles la recherche fondamentale et la recherche finalisée pour organiser leur complémentarité, sans caporalisme quant aux thèmes à étudier. En effet, les exemples pullulent de recherches "libres" devenues la base des plus grandes

découvertes, que le secteur marchand peut ensuite transformer en produit innovant. Un pays qui cèderait le pas en matière de recherche fondamentale ne pourrait même plus traduire, en termes d'applications et d'expertise, les connaissances élaborées par d'autres. Les nouvelles pandémies virales montrent la nécessité de réagir rapidement face à des expansions à grande vitesse facilitées par la globalisation et les flux de personnes et de marchandises qui lui sont associés.

Aucun angélisme n'est permis pour autant, les motivations et les objectifs étant distincts et parfois contradictoires, il faut expliciter les conflits d'intérêt afin de permettre à la société civile, ce troisième partenaire de plus en plus présent, d'établir des choix d'allocations de ressources et de priorités dans les efforts de recherche et développement.

“WYETH V. LEVINE” : LE CONTRE-EXEMPLE ABSOLU

Le conflit d'intérêt peut être schématisé de la façon suivante : d'un côté, l'objectif du secteur privé est de produire des médicaments ou des procédés de soins qui soient efficaces, sûrs, tant pour les patients que pour les personnes appelées à les produire ou à les manipuler, et qui permettent de faire des bénéfices, ce qui implique un marché solvable et le plus large possible ainsi qu'une protection maximale de la propriété intellectuelle.

Du côté des malades et de la Société civile, l'exigence de sécurité et de l'efficacité a conduit à la création des Agences d'accréditation et d'autorisation de mise sur le marché. Un des enjeux majeurs est de pouvoir disposer de l'intégralité des études et résultats, essentiellement réalisés par la recherche publique mais restant la propriété du secteur privé qui en est le promoteur et le bailleur de fonds. L'enjeu est également de pouvoir suivre à long terme les populations soignées, afin de déterminer l'avantage réel du traitement et observer d'éventuels effets toxiques sur la durée. Plusieurs exemples récents montrent que seule la recherche publique est suffisam-

ment indépendante et multiforme pour assumer ce rôle.

Nous l'illustrerons avec l'affaire “*Wyeth v. Levine*” jugée en mars 2009 par la Cour Suprême des Etats-Unis, qui va bien au-delà de l'indemnisation - importante puisqu'elle porte sur 6,7 millions de dollars - d'un préjudice irréparable: l'amputation d'un bras d'une musicienne à la suite d'une gangrène provoquée par l'injection intraveineuse de phénergan prescrit comme antiémétique. Wyeth, qui fait actuellement l'objet d'une OPA de Pfizer, d'un montant de 68 milliards de dollars, a tout mis en oeuvre pour obtenir l'immunité, car c'est en fait tout le système de protection du consommateur après l'accord de mise sur le marché (AMM) qui était ici en jeu.

MENSONGE PAR OMISSION ?

L'importance de la décision avait été soulignée par la prise de position aussi spectaculaire qu'inhabituelle de dix scientifiques du secteur académique, éditeurs, actuels ou passés, du prestigieux **New England Journal of Medicine** (NEJM) qui avaient déposé auprès de la Cour Suprême un mémoire à l'appui de Mme Levine¹. En bref, lors de la mise sur le marché, l'autorité de réglementation, en l'occurrence la **Food and Drug Administration** (FDA) exige et approuve un document écrit d'information du consommateur. Il existe actuellement 11.000 notices de ce type aux USA. La question était dès lors de savoir si la responsabilité de la compagnie est strictement limitée aux éléments contenus dans la notice approuvée ou si sa responsabilité s'étend à toute connaissance des risques que peut présenter le produit.

Il faut lire ce débat à la lumière des milliers de cas de patients qui ont souffert, voire sont décédés, des suites de l'usage inapproprié d'anti-inflammatoires de la famille des inhibiteurs de l'enzyme Cox2 (Vioxx, Celebrex ou Bextra), d'anti-diabétiques (Rezulin ou Avandia), d'anti-dépresseurs (Zyprexa ou Paxil) et des actions de justice collective (class action) en cours sur ces dossiers. C'est bien l'enjeu que pointaient

les éditeurs du NEJM dans leur argumentation - *“The drug companies have withheld key information from the FDA and ardently negotiated against stricter label warnings — all the while continuing to market their unsafe drugs to an unsuspecting public”* - prenant ensuite comme exemples concrets les cas de Merck pour le Vioxx (rofecoxib), celui de Bayer pour le Trasyolol (aprotinin) ou celui des molécules anti-obésité de Wyeth, Fen-phen et Redux (dexfenfluramine). Un peu plus tôt en 2008, c'est le JAMA (The Journal of the American Medical Association) qui avait accusé Merck d'avoir caché des résultats concernant la mortalité associée à un usage à long terme du Vioxx et fait écrire par certains de ses employés, de façon masquée (**“ghostwritten”**) des articles décrivant exclusivement les bénéfices du produit.

FIN DE CARRIÈRE POUR LES “BLOCKBUSTERS”

Ces exemples montrent que les moyens à disposition de la recherche publique et des Agences sont encore insuffisants. Les résultats “bruts” des essais cliniques ayant permis l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM), et le suivi post-AMM, devraient être déposés dans des banques de données accessibles à tout chercheur scientifique. La question même du financement des essais cliniques devrait être envisagée. La promotion pourrait devenir publique, financée par un principe d'“avance sur recettes”, comme pour le cinéma.

La réflexion sur le financement des essais cliniques est d'autant plus importante que la manière de soigner va prochainement changer de façon radicale. Les récentes OPA géantes dans les secteurs pharmaceutiques, comme le nombre chaque année plus faible de nouvelles molécules dont l'autorisation de mise sur le marché est approuvée, montrent que nous sommes enfin au terme d'un cycle de la connaissance et de sa marchandisation, celui du **“blockbuster”**, médicament identique pour tous et vendu chaque année à plus d'un milliard de dollars, pour entrer dans

le temps de la médecine personnalisée, domaine qui nécessite une approche multidimensionnelle de la personne et de sa maladie.

L'EFFARANT PARADOXE AMÉRICAIN

Pour ce faire, la recherche en Santé doit elle-même devenir multidimensionnelle, allant de la création de centres de ressources biologiques à la possibilité de suivi à long terme de cohortes importantes de patients. Ici encore, seule la recherche publique permet de respecter le sens de ces recherches pour le patient. Cela peut être illustré par la multiplication des entreprises proposant des tests génétiques sur internet. Technologiquement, il y a peu à y redire. Par contre, les résultats obtenus et transmis, outre qu'ils n'offrent aucune garantie au respect de la vie privée de l'individu, sont totalement dénués de sens puisque nul accompagnement médical ne leur est associé. De fait, patients et Société civile souhaitent prendre également en considération des critères d'éthique et d'utilité.

Il est enfin essentiel que le médicament, ou le procédé de soins, corresponde à des besoins prioritaires, par exemple le cancer en Europe et le paludisme en Afrique de l'Ouest, à un coût permettant de se soigner. Ce dernier point est aisément illustré par le paradoxe américain de disposer de la meilleure recherche biomédicale et de la meilleure médecine du monde, tout en excluant près de 50 millions de personnes de l'accès aux soins : c'est, à l'évidence, l'un des enjeux majeurs de la présidence Obama.

Cet accès aux soins est évidemment plus vital encore pour les pays du Sud. Les maladies endémiques y sont bien connues, mais la non solvabilité en détourne l'industrie pharmaceutique. La recherche publique est ici la seule ressource, aidée par des fonds mutualisés internationaux, et plus encore par la puissante Fondation Gates. L'échec des négociations du cycle de Doha de l'Organisation Mondiale du Commerce (OMC) a laissé irrésolu le problème des importations parallèles de

médicaments génériques et souligne le besoin d'une nouvelle régulation économique dans le domaine de la brevetabilité sur le vivant et les médicaments essentiels.

CONNAÎTRE, APPRENDRE, COMPRENDRE

Ici encore, la recherche publique ne saurait se limiter aux dimensions moléculaires et cellulaires de la maladie. L'accès aux soins implique des connaissances ethnologiques, sociologiques et économiques approfondies de ces populations. Il convient de permettre l'émergence locale de comités nationaux d'éthique de la santé dans tous les pays. Lorsqu'un groupe de recherche d'un pays du Nord souhaite faire un essai clinique au Sud, l'analyse par le comité de protection des personnes devrait être coopérative et l'essai conditionné à l'assurance d'un accès ultérieur aux soins pendant une durée raisonnable. Une proposition consisterait à mettre en place une échelle de vulnérabilité intégrant le niveau d'éducation et le niveau socio-économique des populations, les résultats des essais cliniques présentés aux Agences de régulation étant pondérés par l'index de vulnérabilité.

Le secteur privé reste le mieux à même de développer un produit efficace, avec des contrôles de qualité *ad hoc*, en un temps court, mais le corollaire de cette efficacité est une vision de plus en plus court-termiste de la Santé, focalisée sur des pathologies chroniques frappant des malades "riches".

La rentabilité incite également l'industrie pharmaceutique à sacrifier sa recherche interne au bénéfice du rachat de droits de licence sur des produits trouvés par d'autres - en général la recherche publique - soit directement, soit après une étape de maturation assurée par des compagnies de biotechnologies créées par des chercheurs du public, avec des fonds largement subventionnés par le public sous forme de crédits d'impôts. Il serait donc largement temps de réévaluer la part réelle de la recherche publique dans le développement de la Santé et de lui offrir en retour les moyens dont elle a besoin pour répondre aux grands défis, présents ou émergents, qui nous font face.

Hervé CHNEIWEISS

1. Le document s'appelle un "Amicus brief" et peut être consulté avec les autres documents de même nature portant sur ce dossier, à l'adresse www.abanet.org/publiced/pre-view/briefs/novo8.shtml#wyeth.

CANDIDATURES POUR LES BOURSES 2009-2010 de la FONDATION SELIGMANN

La FONDATION SELIGMANN a décidé de décerner à la fin de chaque année scolaire, plusieurs bourses d'une valeur de 1000 € permettant à des classes de collégiens, lycéens ou apprentis, seules ou avec les membres de la communauté éducative et les parents d'élèves, d'énoncer et de réaliser un projet traduisant leur désir du "Vivre ensemble" et de refuser le racisme et le communautarisme.

Les BOURSES 2009-2010 de la FONDATION SELIGMANN exclusivement réservées aux établissements de l'Essonne et de Paris, seront attribuées par un jury, désigné par le Conseil d'Administration de la Fondation, qui se réunira en mai 2010 pour délibérer. Le journal "Après-demain", organe de la FONDATION SELIGMANN, publiera la liste des lauréats et des bourses attribuées.

La fiche projet d'établissement peut être téléchargée sur le site de la Fondation Seligmann.
Les candidatures seront à adresser à la FONDATION SELIGMANN

4 rue Amélie - Boîte 26 - 75007 PARIS,
avant le 30 mars 2010.

Site : www.fondation-seligmann.org Contact : fondation-seligmann@orange.fr

Eric VERDIER

PME ET PRÉVENTION DES RISQUES PROFESSIONNELS : DIFFICILE DIALOGUE OU IMPOSSIBLE RENCONTRE ?

En 2005, la fréquence des accidents du travail était de 5 à 7 fois plus élevée dans les (très) petites entreprises de moins de 20 salariés que dans les établissements de 1500 salariés et plus. Plusieurs causes contribuent à des résultats d'autant plus préoccupants que l'avenir de l'emploi est fréquemment attaché au dynamisme supposé des PME : plus qu'ailleurs, le risque y est perçu comme une composante identitaire du métier, tandis que la conscience du danger est dépendante de la confrontation directe à un grave accident, alors qu'en son absence, le statu quo paraît justifiable ; les responsabilités sont fréquemment rejetées sur les comportements et les attitudes individuelles ; le coût des accidents et arrêts de travail est largement sous-estimé. S'y ajoutent, dans le cas français, des principes de tarification de la branche "accidents du travail" de l'Assurance Maladie qui disposent qu'en dessous de 10 salariés, la cotisation de l'employeur est indépendante de l'incidence des risques, ce qui n'incite guère à investir dans la prévention.

QUAND L'ÉVITEMENT DEVIENT LA NORME

Depuis 2002, toute entreprise, quelle que soit sa taille, doit évaluer les risques professionnels auxquels sont exposés ses salariés, sous peine de voir mise en cause sa responsabilité civile et pénale. Les enquêtes statistiques montrent que l'effectivité de cette règle est faible dans les petites entreprises. Cet évitement de la norme est devenu une préoccupation explicite de l'action publique. Ainsi le **Plan national santé travail**, lancé en 2005, appelle "pour garantir la pleine application du dispositif, notamment en direction des PME et des très petites entreprises (...) à accroître encore la culture de prévention des risques professionnels [en leur] sein". En 2004, la Commission des accidents du travail de la CNAM affirme que "la cible privilégiée des actions de prévention demeure les responsables de PME-PMI". Dans une communication de février 2007 intitulée "Stratégie communautaire 2007-2012 pour la santé et la

sécurité au travail”, la Commission européenne souligne que certaines catégories d’entreprises sont plus vulnérables, **“les PME, en particulier”** et en appelle à la mise en œuvre d’**“un ensemble d’instruments [y] garantissant un niveau élevé de respect de la législation”**.

QUATRE MANIÈRES D’ÊTRE PETIT

Invoquer la petite taille est-il suffisant ? La capacité d’appropriation des règles préventives n’est-elle pas liée d’abord à la qualité de l’organisation du travail comme cela prévaut plus généralement (Valeyre, 2006) ? Mettant à profit le suivi d’une action publique locale qui s’efforçait de développer la Prévention des risques professionnels (PRP) dans les petites entreprises des Alpes Maritimes, notamment dans les hôtels-café-restaurants (HCR) et la réparation automobile, une récente recherche¹, soutenue par l’Agence nationale de la recherche (ANR), tente de répondre à cette question.

A l’instar de travaux antérieurs, l’enquête fait bien ressortir quatre configurations, dont la gestion et l’organisation du travail, comme la qualité des prestations, sont fortement différenciées. La Très petite entreprise (TPE) **“indépendante et familiale”** renvoie à la figure classique du petit artisan : elle instaure avec ses fournisseurs et sa main d’œuvre des relations qui sont si domestiques que la légitimité des règles publiques y reste limitée. La TPE **“managériale”** développe une gestion plus formalisée et fournit des prestations de service dont la standardisation est assise sur des procédures de contrôle et de mesure. Dans la réparation automobile, la figure type en est l’agent d’une grande marque dont la gestion comptable et la politique de prix sont dépendantes du réseau du constructeur, dans la restauration, le franchisé. La TPE **“entrepreneuriale”** privilégie des prestations d’une qualité telle qu’elle lui permet de fidéliser sa clientèle. Enfin, la **“TPE opportuniste”** tend à dé-socialiser la relation salariale en recourant au travail dissimulé, au point même de faire perdre à la prévention une bonne part de sa signification pratique et politique.

UN VŒU PIEUX

A priori, plus une entreprise s’apparente au modèle opportuniste, plus elle met à distance l’évaluation et la prévention. Or, il s’avère que la variabilité des pratiques en matière d’évaluation des risques est sensiblement moindre que celle des conditions d’emploi et de travail. Certes, des TPE managériales tentent de mettre en œuvre l’évaluation des risques tandis que, dans des configurations entrepreneuriales, la volonté de fidéliser la main d’œuvre qualifiée pousse l’employeur à se préoccuper de la prévention. Mais aucun établissement n’en fait véritablement un **“investissement”**, comme y invite le syndicat professionnel de la réparation automobile et le Document Unique (DU), qui consigne les résultats de l’évaluation, tient rarement lieu d’outil de gestion.

Pourquoi un tel alignement vers le bas ? La prévention des risques professionnels s’inscrit nécessairement dans la durée. L’acquisition des **“savoir faire de prudence”** par les salariés est un processus qui nécessite du temps et relève même d’une action planifiée qu’atteste la formalisation de l’évaluation des risques dans le DU. Les modalités en sont laissées à la libre appréciation des employeurs, sachant qu’elles nécessitent une implication régulière du chef d’entreprise, dès lors que l’organisation évolue (nouvel équipement, usage de nouveaux produits, réorganisation). D’une activité à l’autre, cette tension est avivée par des traits sectoriels plus ou moins spécifiques.

UNE CONCURRENCE DESTRUCTRICE

Une forte restructuration des relations inter-entreprises durcit les conditions d’exercice du métier : dans la carrosserie par exemple, de plus en plus de véhicules sont apportés par des compagnies d’assurances qui exigent des temps de réparation de plus en plus courts et des délais de paiement de plus en plus longs. L’extension de réseaux d’entreprises très fortement spécialisés, par exemple sur les changements de plaquettes de freins,

expose les garages “traditionnels” à une très rude concurrence sur le rapport prix-temps de réalisation. En outre, grâce aux bancs électroniques conçus par leur enseigne, les réseaux de garages des constructeurs proposent des prestations standardisées qui drainent vers eux une partie de la clientèle traditionnelle des petits ateliers de mécanique. Pour rester concurrentiels, les artisans et leurs salariés vont jouer sur leur temps de travail et se montrer prêts à “faire des prix” alors que la tension sur ces derniers est d’autant plus forte que le marché est dans une phase de contraction pour deux raisons principales : les voitures sont plus fiables et les campagnes de sécurité routière ont fait diminuer significativement le nombre d’accidents.

TRAVAIL, SALAIRE, SÉCURITÉ : MÊME MÉDIOCRITÉ

Compte tenu du développement de la restauration rapide, cette re-configuration des marchés joue également au sein des HCR, qui ont bénéficié d’une TVA plus favorable, de l’extension des chaînes hôtelières et des établissements “franchisés”. Dès lors, les entreprises les plus contraintes s’enferment dans un **“équilibre de bas niveau de qualification”** qui n’est pas favorable à l’élaboration d’une politique préventive active : forte exposition à une concurrence par les prix qui incite à pratiquer de médiocres conditions de travail et d’emploi, ou même le travail dissimulé ; cette configuration rend les emplois peu attractifs, au risque d’engendrer des difficultés de recrutement et un déficit de personnel qualifié récurrents, ce qui incite les employeurs à recourir à des ajustements par les prix peu favorables à une PRP inscrite dans la durée.

ABOLITION DES FRONTIÈRES

Dans les deux secteurs, et surtout dans les HCR, le brouillage des frontières entre la sphère domestique et la sphère professionnelle favorise le déni et l’intériorisation des risques professionnels : le caractère “domestique” des relations de travail

est accusé, tant dans les petits établissements familiaux que dans des hôtels-restaurants de chaîne, au point que la dimension affective de ces relations est perçue comme un prolongement naturel de l’activité professionnelle.

Au total, le raccourcissement des horizons économiques et la prégnance des régulations domestiques l’emportent sur des volontés de transformation bien réelles chez certains chefs d’entreprise, particulièrement dans la réparation automobile.

UN SENTIMENT D’INSÉCURITÉ JURIDIQUE

N’étant assortie d’aucune prescription autre que procédurale, l’obligation d’évaluer les risques engendre chez nombre de petits patrons un sentiment d’insécurité juridique, au point de conduire une partie d’entre eux à réclamer des normes substantielles contraignantes, telles qu’elles existent dans la restauration, avec les normes sanitaires HACCP2 et dans la réparation automobile en matière de gestion des déchets. Satisfaire ce point de vue conduirait à contourner l’esprit de la règle : une norme purement technique présente le double avantage de ne pas nécessairement contraindre à une remise à plat de l’organisation du travail et rend très secondaire l’association des salariés à la démarche préventive, dont on sait qu’elle est l’une des composantes essentielles de la réussite de l’action préventive.

AU RABAIS

Il reste que tend à l’emporter sur toute autre considération, le souci des employeurs de se prémunir vis à vis d’une possible mise en jeu de leur responsabilité pénale et civile au point que nombre d’entre eux recourt aux services d’offices qui proposent des DU à des coûts modiques, assis sur l’absence d’une véritable investigation sur les risques auxquels sont exposés les salariés de leurs clients.

Les obstacles financiers, cognitifs et politiques auxquels se heurte l’évaluation des

risques engendrent une distance telle, entre normes et pratiques, qu'elle nécessite un accompagnement des TPE dans leur démarche préventive.

A MI-CHEMIN

Dans le cas présent, il s'agissait d'aboutir à l'élaboration d'un guide pour l'évaluation des risques qui, non seulement soit propre à chacun des secteurs mais, en outre, repose sur la participation active des professions. Dans une phase préalable, une dizaine d'employeurs volontaires ont bénéficié du passage, durant une demi-journée, d'un consultant qui leur a délivré un diagnostic sur l'état des risques ; indéniablement, en dépassant les approches intuitives des risques, ces entreprises en ont tiré des leçons favorables à une véritable évaluation. Cependant ces apprentissages ne s'avèrent pas suffisants pour être convertis en une règle interne de gestion en mesure d'institutionnaliser durablement la prévention. En particulier, la nécessité réglementaire d'actualiser le DU a dissuadé nombre de patrons d'aller jusqu'au bout de l'élaboration du document unique.

LA CRUAUTÉ DES CHIFFRES

En outre, le transfert de l'usage du guide méthodologique vers les autres entreprises par l'entremise de réunions collec-

tives, a révélé de fortes limites : par exemple dans la réparation automobile, elles n'ont touché qu'un nombre limité de professionnels, entre 100 et 150, sur un total de plus de 1300 établissements dans le département des Alpes-Maritimes; cette démarche, essentiellement informative, n'a pas engendré un dialogue interne à chaque profession en vue de faire émerger une « communauté de pratiques » en matière de prévention des risques professionnels. Enfin, il est frappant que dans une démarche initiée par la Direction départementale du travail, la participation des salariés soit demeurée au second plan.

Il en ressort que, sans un accompagnement beaucoup plus conséquent de ces petites entreprises par des consultants spécialisés, en lien étroit avec des services de santé au travail appelés par les nouvelles dispositions à être les conseils des employeurs en la matière, l'appropriation des règles préventives y restera très aléatoire.

Eric VERDIER

1. Kornig C. et Verdier E., "De très petites entreprises de la réparation automobile face aux normes publiques de la prévention des risques professionnels. Le cas d'une action collective territoriale", *Revue française des Affaires Sociales* n° 2, 161-184, 2008.
2. "Hazard Analysis Critical Control Point"

Fédération Internationale des Droits de l'Homme

Si vous souhaitez être informé de la situation des droits de l'homme dans le monde lisez, "la lettre de la F.I.D.H." et ses "Rapports de mission"

Abonnement annuel à "la Lettre" (24 numéros)
Simple : 45 € - Étranger : 53 €

Abonnement annuel à "la Lettre" (24 numéros) et aux "Rapports de mission" (30 rapports)
Simple : 90 € - Étranger : 106 €

Abonnements par chèque bancaire ou postal à la Fédération Internationale des Droits de l'Homme
17, passage de la Main-d'Or, 75011 PARIS - Tél. 01 43 55 25 18

Goof BUIJS

“AMÉLIORER L'ÉCOLE PAR LA SANTÉ” : UNE NÉCESSITÉ RAPPELÉE À TOUTE L'EUROPE

L'éducation et la santé partagent des intérêts communs. Il apparaît de plus en plus clairement que l'association de ceux-ci fait des établissements scolaires un lieu plus propice à l'apprentissage, à l'enseignement et au travail. En d'autres termes, des enfants et adolescents en bonne santé apprennent mieux. Et des enseignants en bonne santé apprécient mieux leur travail. De même, une bonne éducation influence favorablement sur la santé des gens. Il est donc de plus en plus prouvé que les domaines de la santé et de l'éducation sont étroitement liés. En juin 2009 s'est tenue la troisième Conférence européenne sur les “écoles-santé” : “Améliorer l'école par la santé”. L'un des résultats de cet événement a été la Résolution de Vilnius.

DES LIENS ÉTROITS, PERMANENTS, ÉVIDENTS

L'approche des “écoles-santé” a débuté il y a près de deux décennies dans la plupart des pays européens. Ceux-ci ont développé des projets-pilotes et mis en place des réseaux nationaux d'écoles, pour promouvoir la santé.

Les “écoles-santé” appliquent une méthode structurée visant à garantir la santé, le bien-être et le développement du capital social de chaque élève, ainsi que des personnels enseignants et non-enseignants.

Elles ont prouvé qu'elles participaient à l'amélioration de la santé et du bien-être dans l'ensemble de la communauté scolaire. Faisant partie de l'environnement social, les écoles ont pour fonction de pallier les inégalités en matière de santé. La coopération avec d'autres domaines politiques concernés, comme la jeunesse, le social, l'environnement et le développement durable, est également indispensable. Il existe aujourd'hui au niveau mondial un ensemble de directives qui font la promotion de la santé à l'école. Ce document, intitulé “Vers des écoles promotrices de santé”, est disponible sur le site www.iuhpe.org.

LE TRAVAIL D'UN RÉSEAU

Depuis 1992, travaille en Europe un réseau officiel pour la promotion de la santé. Le Réseau d'écoles pour la santé en Europe (SHE) est basé sur les éléments du Réseau européen Ecole-Santé (REES), créé en 1991 par le Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, le Conseil de l'Europe et l'Union européenne. Il compte 43 pays membres.

Il promeut un concept de santé et de bien-être positif et s'appuie sur la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant ainsi que la Convention européenne sur l'exercice des droits des enfants du Conseil de l'Europe.

CINQ VALEURS, CINQ PILIERS

L'approche du réseau SHE pour la promotion de la santé à l'école se fonde sur cinq valeurs fondamentales et cinq piliers. Les cinq valeurs fondamentales sont : l'équité, la durabilité, l'inclusion, l'autonomisation et la démocratie. Par exemple, les "écoles-santé" garantissent un accès égal à l'ensemble des avantages liés à l'éducation et à la santé. Ces écoles reconnaissent les liens étroits qui unissent la santé, l'éducation et le développement. Les "écoles-santé" se fondent sur des valeurs démocratiques : elles sont les lieux où s'exercent les droits et se prennent les responsabilités.

Les cinq piliers sont : l'approche holistique de l'école, la participation, la qualité de la transmission du savoir, la preuve et le lien avec la société. Cette approche : se veut participative et active à l'égard de l'éducation à la santé dans le cursus ; prend en compte la conception qu'ont les élèves de leur santé et de leur bien-être ; élabore des politiques d'éducation saines ; met en valeur l'environnement physique et social de l'école ; développe les aptitudes qui servent aux élèves dans la vie quotidienne ; fait le lien entre la maison et la société ; rationalise le recours aux services de santé.

Aussi, les "écoles-santé" s'engagent-elles, au sens large, en incitant l'école à coopérer avec le reste de la société et en œuvrant au renforcement du capital social et des connaissances en matière de santé.

VILNIUS 2009 : UN MOMENT MARQUANT

La troisième Conférence européenne sur les écoles promotrices de santé : "Améliorer l'école par la santé" (15-17 juin 2009, Vilnius, Lituanie), a rassemblé plus de 300 participants, dont 39 jeunes. Cet événement a réuni des spécialistes des secteurs de la santé, de l'éducation et des affaires sociales, des responsables politiques, des représentants d'organisations municipales et d'organisations de jeunesse, d'organisations de parents et d'établissements

universitaires, ainsi que tous ceux qui ont un intérêt professionnel à la promotion de la santé en milieu scolaire. Ils ont discuté des moyens effectifs d'investir dans la promotion de la santé à l'école en Europe, par le biais d'actions communes intersectorielles et transfrontalières. L'occasion aura également été saisie d'alerter les responsables politiques sur la nécessité d'accorder un soutien plus important à l'amélioration de la santé des enfants et des adolescents en milieu scolaire et au sein de la collectivité en général. La Conférence a fourni de multiples occasions de diffuser les bonnes pratiques sur les aspects scientifiques, pratiques et politiques de la promotion de la santé à l'école.

Les grands thèmes de réflexion de la conférence ont été l'éducation, les facteurs de santé, les politiques et stratégies, l'efficacité et la preuve, le développement durable et les nouveaux défis. Thèmes enrichis par des débats sur le renforcement des capacités des professionnels, et par des discussions visant à aider les Etats membres de l'Union européenne à réduire les écarts qui existent actuellement dans la mise en œuvre de la promotion de la santé en milieu scolaire.

Les jeunes suivaient un programme parallèle, consistant en un atelier de jeunes où les étudiants ont échangé des idées et fait preuve de leur capacité à les mettre en pratique. Ils ont révélé leur aptitude à travailler à un objectif commun, comme le montre la contribution - qu'on lira ici - apportée à la Résolution finale.

SANTÉ, SAVOIR ET DÉVELOPPEMENT DURABLE

Au cours de la Conférence, la Résolution de Vilnius a donc été présentée, discutée et adoptée. Cette résolution définit les principaux résultats de la Conférence comme devant inspirer la prochaine étape dans le développement de la promotion de la santé en milieu scolaire en Europe.

La Conférence européenne a contribué au processus de collecte et de consolidation des informations sur lesquelles se fonde la promotion de la santé à l'école. Elle a créé des possibilités d'étudier les différences

dans les politiques, stratégies et modèles de bonnes pratiques mis en œuvre au niveau national et régional, en matière de promotion de la santé dans les divers pays d'Europe. La conférence a mis en lumière l'importance accrue à accorder à la promotion de la santé en milieu scolaire et à la base que constitue le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Des éléments ont été rassemblés pour déterminer les domaines moins développés qui existent déjà, notamment les liens entre la promotion de la santé et le développement durable.

La conférence a notamment abouti à un recueil d'études de cas, des pratiques de la promotion de la santé à l'école : **“améliorer l'école par la santé : tirer les enseignements de la pratique”**. Cette publication peut être commandée par courrier électronique à l'adresse : she@nigz.nl. Pour de plus amples informations sur le réseau SHE et la troisième Conférence européenne, consultez le site : www.schoolsforhealth.eu.

Goog BUIJS

DÉCLARATION DES JEUNES

Nous, les jeunes participant à la Conférence, sommes arrivés à la conclusion suivante : nous pouvons traiter certains problèmes par nous-mêmes et nous avons besoin de l'aide des adultes pour en surmonter d'autres.

Nous rappelons que la santé véritable est holistique et se traduit par un équilibre physique et mental, un environnement propre, la coopération avec les autres, un repos de qualité et une alimentation équilibrée.

Nous voulons que les personnels scolaires dirigeants, enseignants et les élèves s'emploient à construire une société meilleure et en meilleure santé, tournée vers le présent et l'avenir. Nous voulons un environnement scolaire plus vert. Nous voulons coopérer avec les élèves des autres pays, en organisant plus de rencontres avec des scientifiques et des personnalités politiques pour débattre de nos problèmes. Nous voulons plus d'activités pratiques et d'apprentissage concernant la promotion de la santé et la possibilité de consulter des experts en matière de situations de stress.

Nous pensons qu'en suivant l'approche holistique, nous serons à même de régler nos problèmes de santé, notamment ceux qui concernent les troubles de l'alimentation et le manque de repos, dans l'intérêt même de la société, voire du pays.

C'est en menant une vie active, en aidant les pauvres, en croyant en ce que nous faisons, en créant un environnement d'apprentissage meilleur et plus convivial, en coopération avec les enseignants, que nous vivrons plus heureux et en meilleure santé.

Nous pouvons, et nous devons, nous efforcer d'adopter par nous-mêmes un mode de

vie sain. Nous montrerons ainsi ce qu'est le plaisir d'être en bonne santé, de mener une vie active dans un esprit positif. Nous devons aussi convaincre nos parents d'agir et de prendre une part active aux activités de promotion de la santé.

Au niveau international, national et régional

À la suite de la Conférence, nous, les participants, invitons les organisations – gouvernementales, non-gouvernementales et autres – à l'échelle internationale, nationale et régionale à :

- 1. adopter et déployer l'approche “école-santé”, conçue comme un moyen de développer l'école ;*
- 2. assurer un soutien à long terme, grâce à des politiques et stratégies internationales, nationales et régionales, couplées avec des ressources et des moyens suffisants ;*
- 3. convenir de la nécessité de la planification, du suivi et de l'évaluation, ainsi que de l'implication des enfants et des jeunes, pour mettre en œuvre, avec des objectifs réalistes, des programmes de promotion de la santé dans les écoles publiques;*
- 4. encourager la formation continue des personnels de l'éducation, de la santé et d'autres secteurs apparentés;*
- 5. développer et entretenir une infrastructure permettant la coordination et la communication à l'échelle internationale, nationale et régionale, tout en soutenant les “école-santé” ;*
- 6. célébrer et partager les réussites de celles-ci à toutes les étapes.*

François EISINGER et Philippe MOSSÉ

SANTÉ PUBLIQUE : À LA RECHERCHE D'UN FINANCEMENT JUSTE

La santé est un bien majeur, à la fois d'un point de vue individuel et collectif. Si la société a l'impératif moral de protéger pour chacun de ses membres le champ du possible de leur vie, la maladie, en limitant celui-ci, se doit d'être combattue collectivement.

Par ailleurs, une fois reconnue l'importance considérable de l'impact des déterminants sociaux sur la santé individuelle, il est évident que la question d'un financement juste de la santé ne peut se distinguer de la recherche d'une société juste, ce qui en fait une question politique et morale et non le résultat du seul calcul économique. C'est la raison pour laquelle l'histoire de chaque pays a façonné son système de protection sociale et sa propre modalité de financement. C'est aussi la raison pour laquelle il est si difficile d'en changer ; ce que démontre à l'envi l'expérience américaine.

Il existe ainsi plusieurs modes possibles de financement, dont le caractère juste ou injuste est relatif, contextualisé. La question est ici : qui paie ? La seconde question est : quels sont les types de soins qui doivent être pris collectivement en charge et quels sont ceux qui doivent être laissés à l'initiative individuelle ? Dans une deuxième partie, basée sur le cas français, on montrera que si les critères de justice sont relatifs et les questions ouvertes, certains principes peuvent être identifiés. On verra, en conclusion, que la première étape est de considérer la question du finance-

ment juste comme un processus et non comme un problème à résoudre une fois pour toutes.

I/ PLUSIEURS MODES DE FINANCEMENT SONT POSSIBLES

Historiquement, il est classique de distinguer deux modèles dominants de financement de l'assurance maladie et donc des soins. Le premier, dit de Bismarck, est né en Prusse à la fin du 19^{ème} siècle. Le second, dit de Beveridge, a vu le jour au Royaume-Uni à la fin de la Deuxième guerre mondiale. Chacun ancré dans son contexte historique, politique, social et économique, était en phase avec la société dans laquelle il s'insérait. Industriel, le modèle bismarckien fondait les droits à la santé sur la contribution de chacun à l'effort économique et industriel. Il distingue, encore aujourd'hui, les assurés (travailleurs ou anciens travailleurs) et leurs "ayants droit" (enfants, conjoint). La seule source de financement est le salaire et les cotisations sociales sont gérées, de manière paritaire, par les syndicats et les organisations patronales. Le modèle de Beveridge est basé sur une philosophie citoyenne qui ne distingue pas entre les individus. Il fait reposer le financement sur les taxes et les impôts, si bien que tout un chacun y contribue. L'administration, l'Etat est le seul maître du jeu.

Sur cette base, différents systèmes concrets se sont développés. Aujourd'hui,

les modèles canoniques ont disparu, et l'on observe des modèles "mixtes", mais qui portent toujours une trace du système initial : bismarckienne (en Allemagne, en France, etc.) et beveridgienne (au Royaume-Uni, en Scandinavie, etc.). Cependant, partout se pose la question de savoir que financer et par qui. Cette question est souvent confondue avec celle de la maîtrise des dépenses (les déficits publics) alors qu'elle est constitutive, structurelle et indépendante des conjonctures économiques. Il s'agit donc bien d'équité, mais de quelle équité s'agit-il ?

Est équitable de traiter deux personnes identiques de manière identique (mais sur quels critères est-on "identique" ?). Est équitable aussi de traiter différemment deux personnes différentes. Le passage de l'égalité à l'équité suppose donc que l'on puisse identifier des différences "justes". Ainsi, les frontières de ce qui est juste varient selon le critère de jugement.

Un financement égalitaire consisterait ainsi à prélever la même somme pour tous les bénéficiaires. Ce mode de financement aurait l'avantage de la simplicité (apparente) et de respecter l'équité (en termes contributifs). Néanmoins, certains bénéficiaires n'ont pas les moyens de contribuer au niveau requis et, d'un point de vue moral, aucune solidarité ne se manifeste dans ce mode de financement.

Concernant, en France, les modalités actuelles, on note un plafond dit "**plafond de la sécurité sociale**", qui limite la progressivité de la participation en fonction des revenus. La mise en place de la Contribution sociale généralisée (CSG) a élargi l'assiette de financement à l'ensemble des revenus qu'ils soient ceux du travail, du capital ou des retraites. On pourrait également envisager une participation en fonction du patrimoine (à l'instar de l' "impôt sur la fortune") mais ce débat n'est pas, semble-t-il, à l'ordre du jour.

Quels que soient les pays et les systèmes, on observe un financement différent selon les individus. Dès lors qu'il s'agit de faire payer différemment différents individus, les distinctions apparaissent évidentes. Le choix est en effet limité entre l'assuré, le patient, le contribuable. Dans la réalité, on

assiste à un dosage, toujours mouvant, entre ces différents contributeurs.

Même dans les systèmes bismarckiens, il n'était pas rare que l'Etat (les contribuables) participe au financement, ne fût-ce qu'en comblant les déficits. En Europe, un principe semble guider implicitement ou non les décideurs, celui de la solidarité. Ce principe de solidarité s'oppose à celui d'assurance qui fonde la prime (la contribution) sur le risque. Pourtant, ce principe peut être critiqué sur le plan de la justice qui voudrait un financement en fonction des risques (principe des bons et mauvais conducteurs). Il existe même, dans cette logique, des débats techniques et moraux. Doit-on, comme le font les instituts de prévoyance, tenir compte de tous les risques (âge, sexe, génétique...) ou seulement des risques pris par les personnes en connaissance de cause et de conséquences (tabagisme, obésité, alcoolisme) ?

Techniquement, il s'agit ensuite de calculer et d'ajuster les primes en fonction des risques, de leur évolution et du coût ultérieur de leur maîtrise, de leur contrôle et de leur réparation. Le problème moral est celui de la sanction des perdants de loteries (risque génétique) qui seraient alors victimes d'une "double peine". Par ailleurs, il y a une réelle difficulté à séparer les risques dits "sous contrôle" - voire la responsabilité des personnes - et ceux qui ne le sont pas. En effet, l'existence de déterminants sociaux de l'exposition aux facteurs et conduites à risque rend illusoire une distinction manichéenne.

C'est pour ces raisons que prévaut le système basé sur la solidarité collective, indépendant des risques des personnes. Il pose cependant une question tout autant économique que politique : la solidarité qu'il s'agit de mettre en œuvre est-elle imposée (notamment aux générations futures qui auront à supporter les déficits créés par leurs aînés), réclamée par les citoyens eux-mêmes (comme message de cohésion sociale), négociée et, si oui, entre quels acteurs légitimes ? On le présente, l'interrogation sur le type de solidarité juste ouvre sur la question du financement juste : solidarité, certes, mais avec qui et jusqu'où ?

II/ VARIER LES SOURCES DE FINANCEMENT ET LES SERVICES

A ce jour, différents modes de financement coexistent dans notre pays, comme dans beaucoup d'autres. Les forfaits journaliers, les franchises, s'imposent au même niveau (à quelques nuances près) selon les revenus (au travers de la CSG et des cotisations sociales) et, enfin, en fonction des risques et des prestations, dans le cas d'assurances complémentaires. Ainsi, le financement juste pose deux questions de type quantitatif : quelle répartition entre ces différents types de financement, quelle progression en fonction des revenus ?

Lorsqu'il s'agit de réguler (à la hausse ou à la baisse), cette diversité permet de jouer sur plusieurs registres à la fois. Ainsi, associer les Mutuelles à la gestion de l'Assurance Maladie permet de mobiliser des acteurs naguère exclus du champ et dont le rôle est croissant. De même, augmenter le ticket modérateur, donc la contribution des patients au lieu de celle des assurés, permet de "responsabiliser" les malades. De plus, le fait de faire payer les "usagers" des services de santé permet de ne pas encourager le recours inutile aux soins (ce que les économistes appellent le "hasard moral") ; il permet aussi de protéger les patients des abus que pourrait provoquer un accès gratuit aux soins par le biais d'une surconsommation induite par les médecins (ce que les mêmes économistes appellent la "demande induite"). On le voit, faire payer les patients correspond à une logique d'efficacité. Dans certaines limites, de telles contributions sont défendables du point de vue de l'équilibre contributeurs/utilisateurs. La condition est que cette contribution ne conduise pas à réduire des soins qui seraient utiles, voire indispensables. Pour cela il faut que le ticket modérateur, les franchises, etc. ne soient pas trop élevés ; ce à quoi s'attachait jusqu'à une période récente l'ensemble des réformateurs (cf. **Après-demain, "France, terre inégalitaire"**, N°8, NF, 2008). Dans cette perspective, il est nécessaire de distinguer trois niveaux d'enjeux: la nature des risques (et des maladies) pris en charge, la qualité de ces soins et l'accessibilité.

Tout d'abord, en effet, la question d'un financement juste ne peut être dissociée de la question de la prestation offerte. De ce point de vue la position de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) est claire. En effet, depuis plus de trente ans, l'OMS définit la santé comme allant au-delà de l'absence de maladie et constituant un état de bien-être physique, mental et social¹. Deux attitudes peuvent découler de cette approche :

-une attitude "systémique" qui traduit cette définition sous la forme de la perception d'une interaction des trois facteurs vers le concept de santé (rendant illusoire ou disproportionnées certaines interventions mono-ciblées)

-une interprétation totalitaire où, avec la maîtrise du corps et celle de l'esprit, la dimension sociale intègre un projet normalisateur (et moralisateur).

Pour ne pas succomber à cette double tentation, il faut adopter un principe simple en apparence, mais que nombre d'Etats (notamment libéraux) n'ont pas su (ou voulu) traduire en actes : ce qui relève de la prise en charge collective se doit d'être défini collectivement. Dans ce cadre, la prévention doit donc faire partie des actions financées collectivement.

En effet, les soins ne sont pas toute la santé publique. Le premier des choix consiste donc à arbitrer entre prévention et soins. Force est de constater que la balance a toujours penché vers ces derniers au détriment de la première. Favorisant la prise en charge collective du malheur visible au détriment d'interventions préventives portant sur des personnes ne se plaignant de rien et n'exprimant pas de demande spontanée, l'assurance maladie a, dès l'origine, inscrit la réparation au cœur de ses interventions.

La réforme à venir consisterait donc à inverser cette tendance séculaire. Pour que ce changement soit effectif, encore faut-il connaître les raisons de la situation actuelle.

D'une part la prévention, au sens large passe par d'autres voies que le système de santé (éducation, niveau de vie, etc.) ce qui permet de relativiser le constat selon lequel la prévention serait le parent pauvre des politiques de santé (le budget de la

prévention est supérieur au budget de la Justice) mais, d'autre part, il est vrai que beaucoup pourrait être fait dans cette direction (ainsi, par exemple, l'obésité représentait en 2006 la cause de plus de 9% des dépenses médicales aux Etats-Unis).

La plupart des pays développés font en sorte que les prestations les plus courantes soient incluses dans ce qu'il est convenu d'appeler le "panier" de soins remboursables. En dehors de ce panier, les patients sont libres, soit de payer la totalité du coût, soit de s'assurer auprès d'assurances privées (à but lucratif ou non). Pour beaucoup d'observateurs, le fait qu'un soin soit ou non pris collectivement en charge ne devrait dépendre que de son rapport coût-bénéfice. Ainsi, pour les experts de l'OCDE, **"l'étendue du panier de base devrait être déterminée par la volonté du public de supporter le fardeau... en particulier par la volonté des personnes riches et bien portantes de subventionner les personnes pauvres et malades"** (OCDE, Septembre 2008)², mais cette position, libérale s'il en est, n'épuise pas le sujet ; elle semble, de plus, difficile à accepter. Dans notre vision, c'est à la collectivité dans son ensemble, et non au sous-groupe des plus nantis, de fixer les équilibres justes.

Il en va de même pour le troisième enjeu, celui de la définition de la qualité de soins. Cette question peut être subdivisée en plusieurs étapes : comment mesurer la qualité ? Comment l'améliorer ? Enfin, comment la financer ?

Globalement, la qualité dépend de nombreux facteurs dont certains organisationnels, comme le plateau technique et l'expérience des professionnels, laquelle dépend du nombre de cas pris en charge, mais dans un système de soins performants comme l'est le système français, l'enjeu de la qualité réside en amont de la prise en charge: dans son accessibilité.

Il s'agit là d'une triple question: celle de savoir quelle sont les pathologies pour lesquelles il existe des difficultés d'accès ; celle de savoir pour quelles raisons (distance géographique, surcoûts, déficit d'information) ; et, enfin, celle de savoir qui est pénalisé. Les solutions (et le finance-

ment) seront différents selon les circonstances (aménagement territorial, campagne d'information...). L'arbitrage entre accès et qualité est l'objet de débats largement monopolisés par les professionnels ou les experts, et devraient être davantage publics, afin que les arbitrages soient plus explicites et homogènes.

CONCLUSION

Est juste ce qui est adapté aux besoins et aux valeurs mais également ce qui est durable.

In fine, est juste ce qui est perçu comme tel par la société. Ainsi la contribution, son niveau, sa répartition et le moment où elle est perçue seront jugés en fonction du contexte et des valeurs du moment. Ainsi, surtout en temps de crise, le sentiment que des membres de la collectivité ne participent pas au financement tout en bénéficiant du système de manière inique, risque d'entraîner une réaction de rejet global. Au contraire, un financement sera d'autant mieux accepté qu'il sera très majoritairement considéré comme juste, en ce qu'il organise un accès aux soins de qualité, en fonction des besoins de santé publique individuels et collectifs.

Ainsi c'est à la société dans son ensemble de définir ce qui est juste ou non. De plus, compte tenu de l'importance des questions de santé publique, il est probable que, en retour, le choix d'un mode de financement façonne la société et ses valeurs. Il s'agit donc d'une question particulièrement importante relevant moins de la recherche d'un optimum économique que du champ politique. Encore faut-il que le forum démocratique soit ouvert.

Car, concernant cet équilibre financement/soins, il apparaît que nous avons désormais le choix entre, d'un côté, des décisions douloureuses, imposées et opaques et, de l'autre, des décisions douloureuses, négociées et transparentes.

François EISINGER et Philippe MOSSÉ

1. Pour l'OMS, "La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité."
2. "OCDE, 2008, Améliorer l'efficacité des systèmes de santé : optimiser l'utilisation des ressources", 14 p.

LES ACTIONS DE LA FONDATION SELIGMANN

Au 3^{ème} trimestre 2009, la Fondation Seligmann apporte son soutien à des projets montés à Paris et dans l'Essonne par des associations ou des établissements scolaires favorisant le "vivre ensemble", la citoyenneté, la mixité sociale et l'insertion des jeunes dans la société avec le soutien à la scolarité, les actions d'ouverture à la culture et l'apprentissage de la langue.

Cette démarche s'inscrit dans la lutte contre le racisme, le communautarisme et toutes les discriminations, objectifs de la Fondation Seligmann.

"LES JEUNES D'EMILE AILLAUD" : ORGANISATION DE RENCONTRES SUR L'IMPACT D'UNE RÉNOVATION URBAINE SUR LES LIEUX DE VIE DES ENFANTS

Porté par le **collège Jean Vilar**, avec deux classes de 6^{ème} et 5^{ème} SEGPA, dans le quartier de la Grande Borne à Grigny dans l'Essonne, ce projet cherche à réduire le sentiment d'enclavement, d'abandon perçu par des enfants de quartiers défavorisés.

Les enfants de la Grande Borne vivent dans un quartier où la place de l'enfant était primordiale selon les théories de son architecte Emile AILLAUD, architecte des années 60 constructeur de nombreuses cités dont la Grande Borne appelée "Cité des enfants". Les évolutions du quartier, mais aussi les modalités de la rénovation urbaine ont fait disparaître cette place centrale des enfants, ce qui rend encore plus difficile l'appropriation de leur cadre de vie par ces publics.

Le projet vise à faire se rencontrer, sur les questions du vivre ensemble et de la place des enfants dans le quartier, des collégiens et des parents habitant la Grande Borne à Grigny (Essonne) qui est en cours de rénovation, le quartier de La Noé à

Chanteloup-les-Vignes (Yvelines), quartier qui a terminé sa rénovation urbaine, et les Courtillères à Pantin (Seine Saint Denis), dont la rénovation n'a pas encore commencé.

Ces échanges, encadrés par une dizaine de professionnels éducatifs (animateurs, enseignants), permettront de réfléchir à ces évolutions et à la place qu'on veut redonner aux enfants.

Un cahier de doléances des enfants, collégiens et parents sera ouvert pour rechercher des solutions leur permettant de mieux vivre dans leur quartier. Il sera remis aux acteurs de la rénovation urbaine. Ces démarches seront accompagnées par un travail sur l'image et l'image de soi avec un photographe professionnel.

La Fondation Seligmann apporte son soutien financier à l'accompagnement de ces rencontres par l'image.

DIFFÉRENCES CULTURELLES ET PRATIQUES ÉDUCATIVES : COMMENT RAPPROCHER LES PROFESSIONNELS, LES PARENTS ET LES MILITANTS ASSOCIATIFS ?

L'association **AFASE -Association des Femmes pour la Solidarité et l'Entraide-** a conçu sur le territoire de Viry-Châtillon, Grigny et la Grande Borne, avec l'aide de la

MIPOP - Maison de l'Innovation Pédagogique et de l'Orientation Professionnelle - un projet de formation-action dont l'objectif principal est la réalisation d'une charte éducative interculturelle.

En effet, les parents comme les bénévoles associatifs qui les accompagnent, déplorent un déficit de compréhension auprès des professionnels de l'éducation (Education Nationale, Réussite Educative, petite enfance, etc.). Ils en gardent un sentiment d'abandon et de traitement inégalitaire, notamment sur les questions scolaires, se privant des compétences des professionnels au profit d'une attitude parfois communautaire.

Les professionnels présents sur le territoire constatent, pour leur part, un manque d'intégration des données culturelles liées à leurs publics dans leurs pratiques.

Aussi, ce document de référence permettra le développement d'outils concrets pour réduire les représentations réciproques sur les cultures des parents et les pratiques des professionnels : café parents, ateliers collaboratifs, conférence-débat, etc. Un groupe d'adultes référents sera ainsi construit.

La Fondation Seligmann apporte son soutien financier pour les frais de fournitures pédagogiques et certaines interventions.

LA FORMATION D'ÉLÈVES MÉDIATEURS : UNE PISTE D'APAISEMENT DES RELATIONS ENTRE ÉLÈVES DANS UN COLLÈGE D'ÉDUCATION PRIORITAIRE

Les regains de tension, de conflits et de violences dans et aux abords du **collège Les Sablons** sur les Coteaux de l'Orge en Essonne dégradent les conditions du vivre ensemble dans cet établissement et celles des apprentissages qui doivent s'y dérouler. Au cœur de ces conflits, la question de l'honneur, de la réputation, et en arrière-plan, celle du respect de l'autre et de la différence entre les cultures. L'établissement recrute en effet sur les Coteaux de l'Orge, quartier d'accueil de populations de différentes origines, mais aussi plus largement des jeunes en difficultés (SEGPA) ou prove-

nant d'autres quartiers rivaux de Viry-Châtillon ou Grigny (principalement en dispositifs relais).

Face à ces situations, les réponses classiques fondées sur l'autorité des adultes montrent leurs limites. En outre, les conditions sont réunies pour expérimenter une nouvelle approche fondée sur la médiation, et notamment la médiation entre élèves par les élèves.

Ce projet a pour objectif de développer la médiation comme outil de prévention et de résolution des conflits, de dialogue entre les élèves (et avec les adultes du collège) et de réduction des tensions dans l'établissement, mais aussi de valoriser le savoir-être et le savoir-faire des élèves dans un établissement où ils se retrouvent trop souvent en situation d'échec et de mésestime de soi. Ce projet sera ensuite proposé à d'autres établissements. Il rassemblera dans un premier temps, avec l'aide de l'association "Champs Croisés", une douzaine d'élèves du collège (entre 11 et 16 ans), habitant la ZUS - ZRU des Coteaux de l'Orge ou de la Grande Borne, recrutés sur la base du volontariat et une douzaine d'enseignants, conseillers principaux d'éducation, médiateurs ou adultes-relais, volontaires pour porter la pratique de la médiation dans le collège et accompagner des élèves médiateurs.

La Fondation Seligmann apporte son soutien financier pour certains frais pédagogiques.

RANDONNÉE CAMPING ET SPORT NATURE

L'association "La 20^{ème} Chaise" a organisé une **randonnée camping et sport nature** d'une semaine dans les Cévennes en juillet 2009 pour 20 jeunes (filles et garçons) de 14 à 17 ans du quartier des Amandiers dans le 20^{ème} arrondissement de Paris. Ce projet, destiné à des jeunes en grande difficulté du quartier, veut favoriser l'apprentissage de la citoyenneté en les responsabilisant par une participation active dans le fonctionnement et l'organisation du séjour. En développant l'accès aux sports pour les jeunes du quartier, ce séjour a permis de

favoriser leur autonomie et leur socialisation, il a suscité leurs envies de prise en charge de leurs propres projets pour développer de nouvelles perspectives.

La Fondation Seligmann a accordé une aide financière destinée à l'achat du matériel de randonnée et à la participation aux frais de transports et de nourriture.

HIP HOP ET FOOT EN SALLE POUR LES AMANDIERS

Avec le Centre pour les Habitants des Amandiers pour l'Initiative, la Solidarité et l'Education populaire, l'association "la 20^{ème} Chaise" met en place pour l'année 2009-2010 pour une quinzaine de jeunes - garçons et filles fréquentant les collèges Robert Doisneau, Alain Fournier et lycée Voltaire, des activités de foot en salle et de hip hop. Ces sports appréciés par les jeunes, certains en grande difficulté dans ce quartier, leur permettent de se défouler et de mettre leurs corps en action, d'apprendre à gérer les conflits liés aux agressivités et aux incivilités, renforçant la cohésion de groupe et le vivre ensemble.

La Fondation apporte une aide financière pour l'achat de matériels sportifs et les déplacements.

JEUX DE LANGAGE

L'association TAT-Théart' s'attache depuis plusieurs années à développer l'initiation à l'expression théâtrale et à l'écriture à partir d'un mythe fondateur, sous forme d'ateliers-théâtre avec le collègue Robert Doisneau dans le 20^{ème} arrdt de Paris. Cette approche a pour objectif de lutter contre l'exclusion, source d'affrontement et de repli communautaire. Elle permet une amélioration du niveau scolaire et des comportements (maîtrise de soi, respect de l'autre, solidarité). Deux classes de 6^{ème}, dont une de consolidation, sont concernées par cette approche à laquelle participent les professeurs de lettres, d'arts plastiques, de technologie, de musique et la documentaliste du collège.

La Fondation Seligmann apporte son soutien pour les achats de matériels, l'aide à la publication de textes et les droits d'auteur.

DIALOGUE ENTRE LES CULTURES

L'Association "Mémoire de l'Avenir" organise en 2009-2010 à destination de 180 collégiens issus des collèges Clémenceau et Marie Curie dans le 18^{ème} arrdt de Paris des ateliers pluridisciplinaires artistiques couvrant dix rencontres et deux visites de musée. Ce projet développe la curiosité et l'ouverture culturelles des collégiens vivant dans des univers parfois très cloisonnés, en valorisant l'originalité et la valeur de chacun selon son histoire et son parcours, cherchant ainsi à prévenir l'émergence des préjugés culturels en favorisant l'idée d'identité multiple.

La Fondation Seligmann soutient le projet en aidant à l'achat des matériels nécessaires aux ateliers.

DES MOTS SUR LES MAUX POUR UN MIEUX FAIRE ET UN MIEUX VIVRE ENSEMBLE "JE, TU, IL ÉTAIT UNE FOIS..."

Le Foyer Social Educatif (FSE) du collège Jean Lurçat avec le collège à Ris-Orangis dans l'Essonne, situé en Zone Education Prioritaire, Réseau Réussite Scolaire dans un environnement de violence a initié autour de la création artistique, ce projet, prévu sur deux ans. Il permet à quarante élèves volontaires des classes de 6^{ème} et 5^{ème} de travailler autour de la devise "Liberté, égalité, fraternité", instaurant des échanges et des rencontres culturelles, solidaires et durables. La devise républicaine devenant dans la vie quotidienne : Responsabilité, diversité, solidarité. Ces échanges s'inscrivent aussi dans la parentalité.

La Fondation Seligmann apporte le financement d'une partie des transports, des spectacles à voir avec les familles et du matériel.

Exemple à suivre

Dans chaque numéro, nous vous proposons l'exemple d'une action collective qui a pour vocation de lutter contre le racisme et le communautarisme et d'apprendre à "vivre ensemble" dans la Cité laïque et républicaine.

A. D.

Geneviève PINIAU

DE L'ENFANT SANS HORIZON À L'ÉLÈVE QUI RÉUSSIT

Un parcours de formation au lycée Robert Doisneau, à Corbeil-Essonnes

Le lycée Robert Doisneau s'est penché sur l'accompagnement des élèves les plus fragiles, scolairement parlant tout d'abord, puis socialement... Les deux problèmes étant très souvent liés.

Notre contrat d'objectifs prévoit d'accompagner tous les élèves vers leur réussite, en assurant la sécurité des biens et des personnes, en encourageant et en facilitant le travail personnel des élèves, en valorisant leurs réussites. Comment favoriser la réussite de ces élèves venant de quartiers difficiles, n'ayant que peu d'horizons ouverts ? En développant leur ambition !

Facile à dire... Plus difficile à mettre en œuvre.

DES TABLES, DES CHAISES ET UN CONTRAT

Pour envisager des études, il faut pouvoir travailler dans de bonnes conditions en dehors du lycée... Ce qui n'est pas le cas de beaucoup de jeunes, vivant nombreux dans des appartements peu adaptés : le lycée ne manquant ni de chaises, ni de

tables, il a été facile de mettre en place les études du soir. Depuis six ans, le lycée reste ouvert jusqu'à 19 heures et permet donc aux élèves volontaires de faire leurs devoirs, accompagnés par des enseignants (une vingtaine) et des assistants pédagogiques (7 ETP). Le Centre de Documentation et d'Information est également ouvert jusqu'à 19 heures.

Certains élèves de seconde ne mesurent pas leurs difficultés. Les professeurs principaux leur proposent donc un contrat de réussite. Ce document est signé par l'élève lui-même, s'il accepte les clauses du contrat, par ses parents qui s'engagent auprès de leur enfant, par le professeur principal, le Conseiller principal d'éducation (CPE) et le chef d'établissement.

Ce contrat fait le point sur les résultats du jeune, sur les résultats attendus le trimestre suivant (c'est l'élève qui se fixe ses objectifs en fonction de la classe de première envisagée). Le professeur principal, le CPE et le chef d'établissement proposent une prise en charge de l'élève en fonction de ses difficultés : remédiation par un assistant pédagogique, études du soir,

travail sur le projet personnel et professionnel avec un conseiller d'orientation psychologue... L'élève sous contrat est suivi par le professeur référent et assiste à son conseil de classe. 80 % des élèves sous contrat réussissent leur passage en 1^{ère} générale ou technologique.

LES "MARDIS DE DOISNEAU"

Dans le même temps, des devoirs communs sont organisés en seconde en français, mathématiques et Langues vivantes étrangères. Pour les terminales, des devoirs sur table sont systématiquement mis en place les samedis matins : pour les S par exemple, une semaine mathématiques, la deuxième semaine : physique, la 3^e semaine SVT (sciences de la vie et de la terre) et on recommence... Cela permet aux professeurs d'avoir toutes leurs heures de cours dans la semaine sachant que les devoirs sont programmés le samedi.

Le scolaire n'est pas tout. Le déficit culturel est énorme. Nous devons donc développer dans l'établissement toutes les actions qui peuvent permettre de limiter cette différence. Toutes les classes de seconde bénéficient de sorties théâtre, cinéma, musée, en rapport avec les programmes et préparées par les professeurs. Les "**Mardis de Doisneau**" favorisent la rencontre des élèves et de personnalités, sous la forme de conférences de "haut niveau" sur des sujets de société : OGM, développement durable, réchauffement climatique, philosophie et religions, Etat et Nation, par exemple... Un partenariat avec le Louvre, qui couvre tous les élèves du territoire des Tarterêts (de l'école maternelle au post-bac) permettra à nos élèves de découvrir le "beau", l'"universel" et fera des élèves des médiateurs culturels vis à vis des parents qui auront, une fois par trimestre, la possibilité d'aller en soirée au Louvre ! Ce projet est accompagné financièrement par la **Fondation Seligmann**.

TOUTES REÇUES !

Nos partenariats avec des grandes Ecoles (Polytechnique, Ecole des Mines de Paris, Management Sud Paris et Télécom Sud Paris, Sciences Po Paris et l'Université d'Evry) permettent aux élèves d'être suivis par des élèves ingénieurs ou des étudiants et de découvrir ces écoles ou l'université

qu'ils ne connaissent pas en entrant au lycée... et que pour la plupart ils n'envisagent pas ! Ainsi, en 2009, 5 élèves ont été présentées au concours d'entrée à Sciences Po Paris. Elles ont toutes été reçues.

Dépasser le cadre culturel des milieux d'origine des élèves, mieux appréhender la nécessité d'une langue maîtrisée et d'une culture ouverte dépassant la surdétermination des cultures d'origine est une nécessité, au même titre que l'enseignement !

Vous aurez compris que c'est une approche globale du jeune qui caractérise notre lycée : CPE, infirmières, médecin scolaire, assistante sociale... Et surtout les parents qui participent à toutes les décisions qui concernent ce qu'ils ont de plus précieux : leur enfant ! C'est donc le regard croisé des adultes qui permet de prendre en compte l'"enfant" qui nous est confié pour en faire un "élève" qui réussit.

CONJURER L'INACCEPTABLE

Les résultats aux différents baccalauréats, les poursuites d'études permettent de penser que nous sommes sur la bonne voie... Les crédits "Politique de la Ville" assurent en partie le financement des études du soir, de l'ouverture culturelle..., le Rectorat et l'Inspection académique nous donnent les moyens humains.

Accueillir dans une formation qui correspond aux capacités et aux souhaits du jeune est également un challenge. Nous avons enrichi notre offre de formation en ouvrant un CAP dans le domaine de l'électricité. Nous formons 12 jeunes qui trouveront du travail dans le secteur et qui pourront, le cas échéant, poursuivre leurs études en baccalauréat professionnel : la France a besoin de têtes pensantes mais aussi de bons techniciens ! Ne l'oublions pas et laissons leur chance à chacun...

Préparer l'accès aux CPGE, à Sciences Po... Donner de l'ambition c'est bien ; il nous faut maintenant aller plus loin et assurer le financement des études supérieures quand les familles ne peuvent le faire : si des portes ne peuvent s'ouvrir faute de moyens matériels, c'est inacceptable ! C'est notre nouvelle bataille !

Geneviève PINIAU



A LIRE

“IMMIGRÉS DE FORCE : LES TRAVAILLEURS INDOCHINOIS EN FRANCE”

par **Pierre Daum** (avec la collaboration de **Carole Rap**)
Editions Solin/Actes Sud, coll. Archives du colonialisme,
préface de Gilles Manceron, 288 pages.

Ce livre est le résultat d'une enquête et de recherches aux archives en France et jusqu'à Hanoi. Il relate un épisode de l'histoire coloniale française : le recours à une population immigrée de force, pour travailler dans l'Hexagone.

Une semaine avant le déclenchement de la Seconde guerre mondiale, le 29 août 1939, un Arrêté paraissait au Journal officiel de l'Indochine française, ouvrant le droit de réquisition aux personnes et aux biens sur tout le territoire de l'Indochine. Il y eut deux sortes de réquisitionnés : les travailleurs (essentiellement dans les usines d'armement) et les interprètes, dont certains voyaient d'un bon oeil leur venue en France.

Les convois arrivaient à Marseille et les travailleurs étaient dirigés sur la prison des Baumettes où ils passaient quelques mois avant d'être répartis dans les usines. Leurs conditions de vie étaient misérables.

L'auteur ne passe rien sous silence. Il raconte non seulement la réquisition, le transport, l'arrivée à Marseille, la vie dans les camps, les salaires de misère, mais aussi... que ces Indochinois seraient à l'origine de la plantation du riz en Camargue. La dernière partie de ce livre est consacrée à une trentaine de témoignages.

Paradoxe de ces situations : un millier de ces hommes a fait le choix de demeurer par la suite en France.

“L'ETAT SPECTACLE 2, POLITIQUE, CASTING ET MÉDIAS”

par **Roger-Gérard Schwartzberg**
Editions Plon, 387 pages

Il existe plusieurs catégories de personnalités politiques ; le héros : Poutine, Chavez ou Kadhafi ; le leader de charme : Obama, Blair, Sarkozy ; le dirigeant proche –Monsieur tout le monde- : Bush ou Chirac ; le père : McCain. Les femmes politiques s'inscrivent dans les mêmes registres ; séduction: Ségolène Royal ; proximité : Angela Merkel ; valeurs maternelles: Sarah Palin.

Un chapitre est consacré à chacune de ces catégories ; avec leurs méthodes très particulières, les communicants et autres “spin doctors” contribuent à transformer la politique en spectacle. Souvent ces stratégies de l'éphémère et du superficiel appauvrissent voire même faussent le débat politique.

Miser sur l'Etat spectacle c'est miner la démocratie. Il est heureusement possible de le faire reculer de trois façons : informer, intégrer, impliquer. Ces trois démarches sont largement développées dans cet ouvrage passionnant.

Une autre démocratie est possible sans posture ni affectation, sans artifice ni illusion, sans fard ni feinte. Vers la fin de l'Etat spectacle? On le souhaite.

“JE VOULAIS PAS CREVER. PETIT MANUEL DE RÉSISTANCE URBAINE”

par **Bolek** avec la collaboration de **Laurent Boscq**
Editions Albin Michel, 176 pages

Issu d'une famille de mineurs de fond, Bolek descend dans la mine à 14 ans. Il y restera deux ans. A Paris, il sera successivement employé aux halles, ouvrier sur un chantier, videur de gravats. Au hasard de l'auto-stop, il se retrouve en Périgord, pour un nouveau petit boulot : manœuvre près d'un barrage sur la Dordogne.

De retour à Paris, à 25 ans, il découvre les livres, devient le libraire de la rue et reprend le kiosque à journaux de Richelieu-Drouot, dont il sera expulsé par décision administrative. Au hasard des rencontres, il sera aidé, hébergé, sauvé. Bolek peint ; aujourd'hui, il expose et vend ses toiles.

A quoi tient une vie quand elle traverse les circonstances les plus défavorables, la solitude, la marginalité ? A quoi Bolek a-t-il pu s'accrocher pour survivre ? sans doute à cette “fierté d'être debout”. Parcours intéressant d'un homme ordinaire mais hors du commun, qui a su rester debout sans jamais rien demander ni tendre la main.



A LIRE (suite)

“L’OBSTINATION DU TÉMOIGNAGE”

Rapport annuel 2009 de l’Observatoire pour la protection des défenseurs des droits de l’Homme (FIDH/OMCT).
Préface de Roberto Saviano. 580 pages.

L’Observatoire est un programme d’alerte, de protection et de mobilisation, mis en place par la Fédération internationale des ligues des droits de l’Homme (F.I.D.H.) et l’Organisation mondiale contre la torture (O.M.C.T.), fondé sur la nécessité d’une réponse à la répression dont les défenseurs des droits de l’Homme sont victimes. Il vise également à briser l’isolement dans lequel se trouvent ces militants.

Le Rapport annuel 2009 de l’Observatoire pour la protection des défenseurs des droits de l’homme présente une analyse de la situation dans laquelle ont dû agir ces défenseurs en 2008*. Les analyses sont classées par régions : Afrique du Nord/ Moyen-orient, Israël/Territoires palestiniens occupés, Afrique subsaharienne, Afrique, Asie, Europe occidentale, Europe de l’Est et Asie Centrale. Elles sont suivies de fiches pays et d’analyses régionales qui sont le reflet des activités d’alerte, de mobilisation et d’appui menées par l’Observatoire, sur la base des informations reçues des organisations membres ou partenaires de la F.I.D.H. et de l’O.M.C.T.

A l’intérieur de chaque grande région, chaque pays fait l’objet d’une étude approfondie, avec des témoignages sur l’état des droits de l’Homme, les améliorations qui ont pu être notées et, surtout, le travail qui reste à faire. Les fiches pays font état du contexte politique qui a prévalu au niveau national au cours de l’année, ainsi que des principaux types de répression à l’encontre des défenseurs des droits de l’Homme.

Peut-être la crise que nous vivons conduira-t-elle chaque citoyen à prendre conscience que les droits de l’Homme sont un impératif quotidien et que **“tous ensemble, nous pouvons et nous devons faire que le combat mené par ceux qui se battent pour la liberté, l’égalité et la justice, n’emprisonne personne mais nous libère tous”**.

* En 2008, l’Observatoire (690 défenseurs et 630 O.N.G. dans 66 pays) a fait état de 421 interventions urgentes.

“LE VOYAGE DES LYCÉENS. DES JEUNES DE CITÉ DÉCOUVRENT LA SHOAH”

par Samia Essabaa (avec Cyril Azouvi)
Editions Stock, 208 pages

Au lendemain des attentats du 11 septembre 2001, un professeur d’anglais du lycée professionnel Moulin-Fondu de Noisy-le-Sec (93) est sidéré par la réaction de ses élèves : **“C’est bien fait pour eux. Dans ces tours, il y avait plein de Juifs, c’est normal, les Juifs sont tous riches !”**

Elle-même musulmane et d’origine marocaine, Samia Essabaa décide de réagir et organise un voyage à Auschwitz avec ses élèves, majoritairement musulmans issus de l’immigration. Ce voyage va leur ouvrir les yeux, car ces jeunes musulmans, ignorants de la Shoah et souvent de leur propre culture, vont tenir un discours différent à leur retour ; à leur tour, ils prêcheront la bonne parole auprès de leurs camarades.

Samia n’est pas la première enseignante à emmener ses élèves dans un camp d’extermination. En revanche, elle est l’une des très rares à rééditer l’expérience et à y mêler par la suite, en 2007, une classe d’un lycée juif de Pavillon-sous-Bois (93) et une classe d’un lycée mixte juif-musulman de Casablanca.

Ce livre exemplaire pourrait et devrait figurer dans toutes les bibliothèques scolaires.

“IL ME SERA DIFFICILE DE VENIR DE VOIR”

Correspondances littéraires sur les conséquences
de la politique française d’immigration, ouvrage collectif
Editions Vents d’Ailleurs, 256 pages

Né à l’automne 2007 d’une initiative de deux auteurs, Nicole Caligaris et Eric Pessan, en réaction à la politique française de l’immigration, ce recueil présente 13 correspondances littéraires.

Chaque auteur n’écrit qu’en son nom. Le tout ne constitue pas à proprement parler un collectif mais une assemblée d’écrivains de provenances, d’affinités et de sensibilités littéraires différentes, pour la plupart inconnus les uns des autres.

L’ensemble donne un éclairage sur les conditions de l’immigration ; qui vient ? Pourquoi ? Dans quelles conditions ? Pour quel accueil ? En vue de quelle intégration ?

Ces témoignages souvent difficiles à recueillir ont nécessité un travail beaucoup plus épineux que prévu. Ils n’en sont que plus intéressants.



A LIRE (suite)

“SUR LE CHEMIN DE LA NATURE ENFOUIE”

par **Jean-Claude Snyders**, postfaces d'Eliette Abécassis
et de Georges Snyder
Editions Cheminements, 232 pages

Ce récit autobiographique tente de décrire les conséquences de la Shoah, c'est-à-dire du racisme absolu, sur la génération qui a suivi. (Le père de l'auteur est miraculeusement revenu d'Auschwitz car il faisait partie de la centaine de déportés abandonnés sur place - car trop faibles pour marcher - lorsque les Allemands ont évacué le camp, emmenant avec eux ceux qui étaient encore un tant soit peu valides.)

Il évoque les difficultés d'aimer, de rencontrer l'autre, de se donner à lui et de recevoir, mais aussi la profondeur de l'amour, sa grandeur, sa misère et son absolu. Il évoque aussi la difficulté d'être fils et, qui plus est, fils de déporté, la difficulté d'être père ainsi que sa conception de l'éducation familiale, exempte de violence et d'humiliations.

Il représente un homme qui tente de retrouver sa véritable nature, avec toutes ses incertitudes, au point qu'il peine à savoir ce qu'elle est. Pour essayer de la retrouver il se tourne vers le passé, revient notamment sur ses relations difficiles avec son père dont il publie une magnifique lettre « in fine », lettre qui devrait l'aider dans sa quête de soi.

“LE CŒUR EN DEHORS”

par **Samuel Benchetrit**
Editions Grasset, 306 pages

Ce livre est le récit de la journée, déclinée heure par heure, de Charly, enfant qui voit, le matin à 8 heures, sa mère partir entre deux flics. Il s'interroge et ne comprend pas pourquoi une chose pareille a pu se produire : elle ne pouvait quand même pas avoir tué un dealer, rapport à son grand frère Henry qui est tombé dans la drogue ? Il veut comprendre et part à la recherche d'Henry... Sa longue marche commence. Au fil des heures, les souvenirs des moments heureux passés avec sa mère lui reviennent. C'est seulement vers 13h15 qu'il retrouve Henry, qui comprend tout de suite ce qui se passe : leur mère est sans papiers, tout comme lui, Henry, et sera sans doute placée en camp de rétention avant d'être renvoyée au Mali, alors que, paradoxe, Charly, lui, est français puisque né en France.

Les deux frères se séparent. Charly a faim, il est malheureux, il veut voir sa mère. Il pense aussi qu'il doit prévenir les patrons de sa mère, qui sont très gentils mais auxquels il n'ose pas dire ce qui s'est passé. Il dit qu'elle est malade. Ils lui donnent une rose pour sa mère. A 23 h 40 il n'y tient plus. Il va au centre de rétention, s'assied sur les marches. Il imagine qu'il voit sa mère l'embrasser, lui parler à la sortie de l'école, au cinéma, au restaurant, dans son lit, devant sa coiffeuse, cuisiner, s'endormir, lui sourire. Il dépose la rose sur une marche.

Ce que raconte ce livre, c'est ce qui se passe en France tous les jours ; et c'est pourquoi il nous interpelle.

L'équipe d'Après-Demain

Directrice : Françoise Seligmann

Secrétaire générale : Annie Snanoudj-Verber

Rédaction : Bernard Wallon, Yvon Béguivin, Liliane Jolivet, Pascal Perez, Delphine Delvaux

Administration : Denise Jumontier



www.fondation-seligmann.org

Le site de la Fondation Seligmann évolue. Vous y trouvez :

- Toutes les informations sur la Fondation Seligmann ;
- Ses activités : projets aidés à Paris et en Essonne, bourses attribuées ;
- Le journal Après-demain avec les sommaires des numéros depuis 1957.

Vous pouvez télécharger les fiches de demande d'aides, les fiches projets pour le concours ainsi que le bon de commande pour le journal Après-demain.

Sur ce site vous retrouvez toutes les informations sur le Prix Seligmann.

BON DE COMMANDE**Après-
demain****Abonnements au Journal "Après-demain" :**

- normal 1 an : 34 €	nombre :	x 34 € €
- tarif étudiants, syndicalistes ou groupés (5 et plus) : 26 €	nombre :	x 26 € €
- tarif étranger : 51 €	nombre :	x 51 € €
- tarif soutien : 54 €	nombre :	x 54 € €

Journal "Après-demain" :

Numéros commandés (nouveaux et anciens) :

Nombre total : au prix de 9 € l'unité €

Articles anciens numéros :

Titre des articles :

.....

Dans le numéro :

.....

Nombre d'articles : au prix de 6 € l'unité €

Montant total de la commande = €

Règlement à adresser à :

Après-demain - BP 458-07 - 75327 Paris Cedex 07

Accompagnez votre bon de commande d'un mandat administratif
ou d'un chèque n° sur

Vous recevrez une facture sous huitaine

Vous pouvez payer en ligne sur www.fondation-seligmann.org

Mes coordonnées :

Nom : Prénom :

Adresse :

.....

Code postal : Ville :

Adresse e-mail :

Contactez-nous : fondation-seligmann@orange.fr

SÉLECTION D'APRÈS-DEMAIN



Livres

MA VIE À CONTRE CORAN

par Djemila BENHABIB

Editions Vib Editeur - 269 pages.

Djemila Benhabib est née en Ukraine d'une mère chypriote grecque et d'un père algérien. Elle aime l'Algérie et malgré les événements y vit heureuse jusqu'au jour où elle entend que le G.I.A. ordonne aux femmes le port du hidjab "il soufflait sur Oran un vent de mort". Elle se révolte et constate avec plaisir que certaines de ses camarades n'ont pas tenu compte de cette injonction et se rendent à l'université sans foulard, comme elle. Sa famille condamnée à mort par les islamistes s'est réfugiée en France en 1994. Elle a dû "partir pour ne pas mourir". L'auteur s'installe, seule, au Canada en 1997 où elle travaille actuellement pour le gouvernement.

Son livre est un témoignage sur la lecture faite du Coran par les islamistes intégristes qu'elle a rencontrés, tout au long de sa vie. Il se compose de trois grandes parties et d'une longue introduction qui nous apprend que son père qui s'était affranchi du carcan de sa tribu en épousant une étrangère alors qu'il était promis par son père à une cousine n'avait annoncé son mariage qu'à sa naissance. D'où, selon elle, insulte à la famille qu'elle symbolisait en quelque sorte.

Elle nous affirme, preuves à l'appui, que "le sang des crimes d'honneur souille l'Europe" et nous donne des exemples du comportement de certains extrémistes au nom de l'Islam. "Les femmes sont inférieures aux hommes ; soumettez-les, n'hésitez pas à les battre, elles fileront droit", propos d'un prédicateur incendiaire diffusés à la télévision islamique.

Elle a parcouru l'Europe et que ce soit à Londres, Rome, Berlin, Bruxelles,

Amsterdam ou Paris, on retrouve partout un mouvement islamique radical bien organisé qui affiche son allégeance aux frères musulmans et, automatiquement on retrouve aussi les mêmes maltraitements à l'égard des femmes : mariages forcés ; lapidation de celles qui refuseraient le mariage arrangé ; assassinat par le père et les frères d'une jeune turque née en Allemagne qui a osé revenir seule en Allemagne avec son enfant ; et bien d'autres faits relatés au fil des pages. Mais les femmes ne sont pas les seules victimes. En Hollande, Théo Van Gogh, un jeune réalisateur, a été assassiné pour avoir réalisé un film considéré comme délibérément provocateur.

Elle parle longuement de son père, résistant de la première heure, défenseur des droits de l'Homme et de la laïcité, de sa nomination à la tête de la faculté des sciences exactes. Il en fut le doyen. "En fait le doyen par défaut car le pouvoir se méfiait de lui".

Elle se souvient aussi qu'il n'était pas question pour elle d'aller à l'école française. "C'est parmi les enfants du peuple que tu étudieras" lui disait son père quand elle lui faisait remarquer que son école était médiocre. Elle estime qu'elle n'a pas eu la chance de fréquenter une école qui ouvre sur le monde et la connaissance. Elle montre de quelle façon son école qui interprète le coran, ses dogmes et ses idéologies est devenue "une usine à fabriquer des mutants". Elle rend l'école responsable de la situation de l'Algérie ; ces écoles de la haine et de la honte pullulent en Algérie ainsi qu'à travers tout le monde musulman. Une thèse sur le traitement de la dépression par le Coran a même été

déposée au département de psychologie de l'Université de Bouzaréah à Alger.

Lorsque la pression et les menaces de mort sont devenues trop fortes, à l'occasion d'un voyage à Paris pour assister à une conférence, son père n'est pas revenu en Algérie. Sa mère faisait des aller retour entre la France et l'Algérie jusqu'au jour douloureux où toute la famille a dû quitter Oran qu'elle aimait tant pour s'installer en France. Il lui fallut plusieurs années pour oublier Oran. Ce qu'elle avait vécu était trop dur : les assassinats, les incendies, les dénonciations, les mesures vexatoires, les allusions désobligeantes, les harcèlements, etc.

Elle pensait qu'en Occident plus rien ne pourrait contrarier sa liberté, que la menace islamique ne serait qu'un lointain souvenir. Elle espérait arriver à oublier dans un monde différent mais elle comprit très vite que le monde n'était qu'un, que cet Occident qu'elle croyait au dessus de toute menace islamiste était tout aussi vulnérable. Elle estime que, face à la barbarie partout présente il faut continuer à lutter. Il en va de notre avenir et de celui de nos enfants dit-elle. C'est le prix à payer pour sauvegarder la liberté.

Cette femme admirable est exceptionnelle. Elle sait que sa vie est menacée, que sa vie ne vaut pas plus que celle des martyrs de la liberté lâchement assassinés par les islamistes, que pour eux sa vie ne vaut pas grand-chose puisqu'elle n'est qu'une femme et qui plus est mécréante, mais elle pense qu'il vaut mieux mourir debout que vivre à genoux. Saluons ici son courage.

Denise JUMONTIER

Dans chaque numéro : le dossier facile à classer, méthodique et objectif d'un sujet actuel, politique, économique ou social, conçu pour aider ceux qui veulent comprendre les problèmes contemporains (bibliothèques - services de documentation) et ceux qui ont la charge de les expliquer : enseignants, éducateurs, syndicalistes, animateurs de groupes...

Après-demain n'est pas vendu dans les kiosques, mais seulement dans quelques librairies, il faut le commander ou s'abonner. Les numéros déjà parus et non épuisés sont encore en vente. Retrouvez-les, avec les collections reliées des numéros par année, sur le site www.fondation-seligmann.org

Numéros parus en 2008

- N° 5 (NF)** La formation du citoyen
- N° 6 (NF)** France 2008, terre inhospitalière
- N° 7 (NF)** La loi, génératrice d'égalité et d'inégalités
- N° 8 (NF)** France, terre inégalitaire. Droits à défendre, droits à conquérir

Numéros parus en 2009

- N° 9 (NF)** Le rôle des parents - responsables, démissionnaires, dépassés ?
- N° 10 (NF)** L'alcoolisme : un fléau évitable
- N° 11 (NF)** Se loger, un privilège
- N° 12 (NF)** La santé publique : enjeux, évolutions, solutions

Bon de commande page 54

Achetez les collections reliées de nos numéros

(Numéros ancienne formule parus avant 2007)

Collection Nouvelle Formule (NF)

2003 La jeunesse entre éducation et répression
L'Afrique aujourd'hui
VIe République ?
La guerre au XXIe siècle
Gestion des âges et retraites
Le libéralisme économique à l'épreuve des faits

2005 Les discriminations
Travail et droits de l'homme
Immigration et idées reçues
Développement durable :
stratégie et communication

2007 • Le statut des femmes
dans le monde N° 1, 2 et 3
et • L'identité française

2004 Lobbying, communication d'influence
et démocratie
Les frontières de l'Europe
Démocratiser la mondialisation
Communication et citoyenneté
La réforme de l'assurance-maladie
Une France sécuritaire ?

2006 Francophonie et diversité culturelle
Euro-méditerranée : enjeux et défis
Europe : sociale, civique, solidaire

2008 • La formation du citoyen
• France 2008, terre inhospitalière
• La loi, génératrice d'égalité et d'inégalités
• France, terre inégalitaire. Droits
à défendre, droits à conquérir

Les collections 1970 - 1975 - 1978 - 1979 - 1980 - 1983 - 1984 - 1986 - 1987 - 1989 - 1993 sont épuisées

Abonnement annuel ordinaire : 34 € • Étudiants, syndicalistes et groupés (5 et plus) : 26 € • Encouragement 54 €
• Étranger 51 €

Prix du numéro : France : 9 € (chèques ou bon de commande à joindre à votre demande). Étranger : 11 €

Collections reliées des numéros par année avant 2007 au tarif de 34 €

Collection reliée des années 2007-2008 au tarif de 60 €

Paiement par chèque bancaire ou par virement à l'ordre de :

Fondation Seligmann - Journal Après-demain
Organe de la Fondation Seligmann - BP 458-07 - 75327 Paris Cedex 07
Siret 493 754 246 00012 - APE 9499 Z

Paiement en ligne à compter du 1/10/2009 sur le site de la fondation
www.fondation-seligmann.org - <http://www.fondation-seligmann.org>