

CRAPS LOG

LE MAGAZINE D'INFORMATION DU CRAPS N°1 - AVRIL 2013

DOSSIER

Démographie médicale

page16

INTERVIEW CROISÉE

Michel Chassang
et Frédéric Van Roekeghem,
respectivement président de la CSMF
et directeur général de la CNAMTS.

page19

PORTRAIT

Raymond Massaro,
bottier maître d'art.





- 04** - L'image : l'OCIRP accueille la Ministre, Michèle Delaunay lors du 5^{ème} débat sur la dépendance.
- 06** - Les actus : une protection sociale émergente Jean Marc Ayrault s'engage à réformer la santé
- 08** - Le dossier : démographie médicale
- 16** - L'interview croisée : Michel Chassang et Frédéric Van Roecqghem
- 19** - Le portrait : Raymond Massaro - Bottier d'art
- 21** - Fait historique : notre Sécurité Sociale, la vraie exception française
- 22** - Tribunes : Jean-Paul Ségade et Hervé Chapron
- 24** - BD : naissance de la Sécurité Sociale

CRAPSLOG Une marche de plus !

Vous avez, entre les mains, le premier numéro du journal trimestriel du CRAPS. Sans doute, très spontanément vous dites-vous « encore un journal de plus ! » et tout aussi spontanément « quelle hérésie, à tout le moins quel passéisme » de sortir sur support papier un journal alors que nous traversons la révolution de l'espace et du temps à travers les réseaux sociaux. Pourtant, ce que vous avez dans les mains, à n'en pas douter, est un véritable défi, une aventure d'équipe.



Jean-Claude Mallet président du Craps.

CE QUI NOUS RAPPROCHE EST PLUS FORT QUE CE QUI NOUS SÉPARE »

Le CRAPS - Club de Réflexion sur l'Avenir de la Protection Sociale - dont la création remonte en septembre 2009, se veut être -et nous semblait-il, en toute modeste, incarne aujourd'hui- tout à la fois un espace de réflexions, un carrefour de pensées, un laboratoire d'idées, une force de propositions, composé de femmes et d'hommes libres qui ont, sans doute, des conceptions politiques et philosophiques différentes, mais qui tous, sont passionnés par la protection sociale, ses problématiques et son avenir. Tous sont conscients que de socle de notre République, la protection sociale est certes le patrimoine de toutes les Françaises, de tous les Français mais d'abord la vraie richesse des plus démunis, des plus fragiles devant la crise, l'ultime rempart de tous les « Indignés ». Venus de tous horizons, du monde politique, syndical, associatif, de la haute administration publique, d'organismes de protection sociale, étatisés ou paritaires, de la sphère médicale, des cercles entrepreneuriaux, chacun des membres, fort de son expérience, apporte sa vision issue de la confrontation de sa pratique quotidienne avec ses propres conceptions.

tence a initié et poursuivi ses travaux alternant groupes de travail et dîner débat. Reconnaissons que ça n'a pas été une mince satisfaction que de pouvoir publier, grâce à l'effort de tous, dès mai 2012, la synthèse de nos travaux et débats à travers un livre blanc à destination de tous les décideurs. Dressant un véritable état des lieux, dessinant le bilan de plus de cinquante ans de progrès social, abordant tous les aspects de la protection sociale, explorant bien au-delà de sa définition classique à travers 17 thématiques, notre livre blanc formule in fine 73 propositions concrètes, aisées à mettre en œuvre et budgétairement non dispendieuses.

NOTRE FORCE, C'EST DES PRATIQUES QUOTIDIENNES, DES EXPÉRIENCES LOCALES ET DES RÉFLEXIONS COLLECTIVES »

Demain, avec la création d'entités régionales à la fois relais des travaux nationaux mais également moteurs à initiatives et réflexions locales, le CRAPS disposera d'une force de propositions renforcées et d'une architecture originale pérennisant de facto ses objectifs en installant son action dans les plus que jamais nécessaires dualités : terrain/réflexion, local/national.

NOTRE RICHESSE, C'EST NOTRE DIVERSITÉ »

Avec ses désormais 148 adhérents, notre think tank, durant ses trois premières années d'exis-

présent numéro, point de départ d'une longue série puisque le CRAPS se veut un lieu de pédagogie, d'échanges sur les points cardinaux de notre République.

Vous trouverez dans ce magazine de nombreux articles, un dossier thématique et bien d'autres choses encore à l'exception du sensationnel. En effet, rien ne nous est plus étranger que cette facilité ambiante qui déforme la réalité pour mieux détruire la réflexion !

En effet, quel sens aurait notre travail si nous nous contentions de surfer sur ce que souhaite lire et entendre le démagogue, voire le populiste. Notre modèle social, celui que le monde entier nous envie, convient instamment d'être sauvé et ce n'est qu'avec de l'audace, du réalisme, du courage et de la persévérance fondés sur de la conviction que ce combat se gagnera. Participer à ce sauvetage, c'est porter les valeurs républicaines, celles sans qui nous ne serions rien !

Si aujourd'hui notre communication s'avère d'ores et déjà fournie à travers un site internet, une newsletter, des forums de discussions, une activité de plus en plus forte sur les réseaux sociaux, elle se devait de se renforcer avec le

Journal trimestriel d'information et de réflexion du CRAPS - Directeurs de publication : Jean Claude Mallet et Fabien Brisant - Directeur du comité de rédaction : Hervé Chapron - Ont participé à la rédaction : Olivier Gil et Katal Millet - Crédits photos : cocktail santé / CRAPS / Gettyimages pour 1^{ère} de couverture
 Auteur BD : James Butson - Achève d'imprimer sur les presses de l'imprimerie GUILLOTTE - Laval
 Dépôt Légal - Avril 2013 - Tous droits réservés - Toute reproduction ou transmission, même partielle, sous quelque forme que ce soit, est interdite sans autorisation écrite du détenteur des droits - ISSN en cours.
 CRAPS : 68 rue de Nantes 53000 Laval - Tel : 06 37 55 89 59 - courriel : association.craps@yahoo.fr
 Tirage : 3000 exemplaires. Conception et réalisation : Agence de communication Global Ouest.

Nos partenaires :



OCIRP 26 Février 2013 : La ministre déléguée, **Michèle Delaunay** chargée des personnes âgées et de l'autonomie salue l'OCIRP pour l'initiative de ce 5^{ème} débat sur la dépendance par l'intermédiaire de **MM.** (en partant de la gauche) **Devy** (vice président de l'OCIRP), **Bloch** (directeur général), **Kupiec** (directeur général délégué), **Breton** (directeur général délégué d'AG2r la Mondiale).



Ils ont dit !

“L'austérité est une erreur : aucune grande économie ne s'est remise d'une récession grâce à l'austérité. L'austérité va rendre l'économie française encore plus faible.”

Joseph Stiglitz
prix Nobel d'économie 2001

“Je veux tourner la page de la loi Hôpital Patients Santé et territoire de 2009 et en écrire une autre.”

Marisol Touraine
ministres des affaires sociales
et de la santé au cours de la présentation
du rapport Couty sur l'hôpital.

“Je privilégie le passage à 62 ans de l'âge de départ à la retraite dès 2015.”

Jean Marie Leguen
député PS de Paris, spécialiste des
questions de santé publique.

L'actualité internationale

Une protection sociale émergente

Selon une nouvelle étude de l'Association Internationale de la Sécurité Sociale, les pays du groupe BRICS – Brésil, Russie, Inde, Chine et Afrique du Sud – accélèrent la mise en place de programmes de protection sociale et les étendent à des millions de personnes.

Les cinq pays émergents, qui représentent 42% de la population mondiale, s'imposent de plus en plus sur la scène internationale. Leur croissance économique rapide et le renforcement de leur poids politique sont désormais suivis par le développement d'une sécurité sociale.

Ces pays disposent de caractéristiques communes, telles qu'une urbanisation rapide, un environnement économique dynamique, une démographie favorable ainsi qu'une volonté politique d'élargir la couverture de la Sécurité Sociale. En revanche, ils appliquent tous des mesures spécifiques en fonction de leur environnement. Le cadre actuel de la sécurité sociale dans chacun des BRICS reflète pour une large part l'histoire nationale ainsi que les buts et

attitudes du pays en matière de sécurité sociale. L'extension de la protection sociale a permis à ces États de soutenir la demande intérieure en assurant une couverture sociale aux plus démunis. Par exemple, le taux de couverture de l'assurance maladie en Chine est ainsi passé de 24 % à 94 % de la population de 2005 à 2010. L'administration et la gestion de la sécurité sociale se sont également améliorées grâce à l'application de techniques de gestion modernes, comme une utilisation efficace de l'informatique. Pourtant, les BRICS sont confrontés à des inégalités croissantes. Au fur et à mesure de l'amélioration de la couverture, il devient de plus en plus difficile de couvrir ceux qui restent en dehors du système, notamment les travailleurs ruraux. La période faste traversée actuellement ne sera pas éternelle. Il est donc temps de profiter des situations financières favorables pour anticiper les problèmes futurs, en augmentant le niveau des prestations sociales et en élargissant la couverture, en intégrant l'économie informelle, plus développée ●

L'actualité gouvernementale

Jean-Marc Ayrault s'engage à réformer la santé

En déplacement à Grenoble en février dernier, le Premier ministre présentait sa « stratégie nationale de santé », dans l'optique de faire prendre au système un tournant structurel.

« Ce ne sera pas l'œuvre de quelques mois, mais des cinq ans, voire des dix ans à venir prévient-il. Ce chantier ne sera pas un empilement de rapports mais consistera en l'évaluation des difficultés opération-

nelles, afin de mieux les dépasser. Nous nous appuyerons sur un comité des sages, composé de hautes personnalités du monde de la santé et de la recherche », annonçait le chef de gouvernement. Alain Cordier, inspecteur général des finances et ancien directeur général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, sera chargé de coordonner ces travaux. L'ancien maire de Nantes a inscrit son discours dans le cadre de la maîtrise des dépenses, en

insistant sur la nécessité de mettre en place une « médecine de parcours », à l'opposé d'une succession d'actes ponctuels. Enfin, Jean-Marc Ayrault a rappelé l'importance de l'égalité dans l'offre de soins : « demain, si nous ne faisons rien, nous risquons de voir se développer une médecine à deux vitesses : une offre pointue

et complète pour ceux qui auront les moyens de payer, et le service minimum pour tous les autres » L'égalité, tant financière que territoriale, sera au cœur de cette réforme. Le Premier ministre appelait donc à poursuivre les efforts face aux déserts médicaux et en faveur de la prévention et de la recherche ●

L'actualité du Craps

Le Craps a été très actif en ce début d'année.

De déjeuners de travail à la participation à de nombreuses réunions, le Craps est de plus en plus sollicité que ce soit à titre d'observateur, de témoin ou de participant actif. Nous ne pouvons que nous en féliciter, là est la preuve de notre réussite collective !



Bruno Maurin

Quelque temps avant le 5^{ème} débat sur la dépendance organisé par l'OCIRP (cf. coup de cœur), la CSMF avait demandé à Jean-Claude Mallet, Président du Craps, d'intervenir le mardi 12 février sur le thème « la défense et l'organisation de la profession » dans le cadre d'un séminaire national de réflexion sur « le médecin dans la société ». Devant un parterre fourni, le président, fort de son expérience opérationnelle acquise à travers les différentes fonctions nationales qu'il a occupé, de sa réflexion personnelle confrontée pendant de longues années au milieu médical, a livré avec toute la conviction qu'on lui connaît à la fois ce qu'il considère comme les pesanteurs actuelles et dégagé les raisons de croire que la profession restera un des repères de la société.

En interne, félicitons d'abord Fabien Brisard, responsable de la communication, président de la commission jeune, promu secrétaire général de notre association.

Ce début d'année a également été l'occasion d'accueillir notre premier stagiaire en la personne de M. Olivier Gil (actuellement étudiant en Master2 à l'Université de....) durant 2 mois.

Enfin, ce n'est pas sans satisfaction que durant ce premier trimestre pas moins de 20 adhésions supplémentaires au Craps ont été demandées. Nous souhaitons bien évidemment au nom de tous, la bienvenue à tous les nouveaux membres que nous rencontrerons très prochainement au fil de nos différentes activités.

Par ailleurs, nous avons organisé notre premier dîner débat de l'année au siège de l'OCIRP, au cours duquel nous avons reçu Bruno Maurin, directeur du service inter-entreprises de la santé au travail en Mayenne (SATM). L'assemblée du Craps a unanimement apprécié son expertise sur un sujet aussi primordial qu'ignoré. En concluant ce premier dîner-débat de 2013, Jean-Claude Mallet a salué une intervention très riche, pertinente et éclairante. Il n'en fallait pas moins pour lancer brillamment l'année du Craps.

Elle se poursuivra rapidement par le lancement du premier numéro du CRAPSLOG et par de nombreux dîners débats qui débiteront dans les prochaines semaines ●

LE COUP DE CŒUR DU CRAPS



C'est à la cinémathèque française à l'architecture audacieuse, signée Frank Gehry, que l'OCIRP et ses partenaires (AG2R La Mondiale, groupe Apicil, groupe Audiens, groupe Humanis, groupe Klésia, groupe Malakoff Médéric et Mutex) avaient donné rendez-vous cette année, dans le cadre du 5^{ème} débat annuel Dépendance-Autonomie, à tout ce que le microcosme social compte d'experts et de décideurs. C'est ainsi que non seulement son président mais de nombreux membres du Craps ont pu ce 26 février dernier participer aux différents débats et tables rondes dont la qualité et la richesse ont permis de mieux cerner le véritable défi que notre société se doit de relever dans les années qui viennent. Michèle Delaunay, ministre déléguée auprès de la ministre des affaires sociales et de la santé, chargée des Personnes âgées et de l'autonomie en introduisant les débats, avait placé à juste titre la problématique de la dépendance comme un enjeu majeur de notre société ●



POUR UNE VISION STRATÉGIQUE DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

Déserts médicaux : l'expression a investi les quotidiens et les journaux télévisés. Cependant, ce problème de fond est généralement traité par les médias à la suite d'un fait divers dramatique (mort d'un nouveau-né sur une aire d'autoroute à Figeac, incident à la maternité de Port-Royal...), ce qui introduit forcément un biais négatif. Il est donc plus que jamais nécessaire de prendre du recul sur une telle question, c'est tout le sens de notre démarche.

En 2012 on recensait
268 072
médecins
(actifs et retraités)

23,5%
des médecins
seront retraités
en 2017

Rendons aux médias ce qui leur appartient : le sensationnalisme autour de la démographie médicale n'aura ici aucune raison d'être. S'il s'agit bien entendu d'un sujet éminemment sensible, contraignant pour nombre de Français et compliqué à résoudre, la situation est loin d'être irrémédiable. Les médecins en activité n'ont jamais été aussi nombreux, mais ils sont très inégalement répartis sur le territoire et leur moyenne d'âge augmente. **En 2012, on recensait 268 072 médecins (actifs et retraités)**, un chiffre record qui ne saurait masquer le problème du renouvellement des générations. Selon les prévisions du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 23,5% des médecins seront retraités en 2017 (contre 15,4% en 2007 et 19,4% en 2012). En raison de la baisse constante de nombreux classés jusqu'au milieu des années 1990, le nombre d'actifs devrait diminuer jusqu'en 2020, pour revenir au niveau actuel aux environs de 2030. La densité médicale française est certes l'une des plus élevées d'Europe,

l'accès aux soins n'en demeure pas moins un des principaux défis de la politique de santé, du fait du rôle important accordé aux médecins généralistes, de l'engorgement des urgences médicales, de l'existence de disparités spatiales de l'offre de soins et des tendances démographiques à la baisse sur le court terme. De plus, on voit augmenter les attentes d'une population vieillissante, aux besoins de soins élevés et à la mobilité réduite. La Gazette Santé Social publiait en octobre 2010 une étude présentant les densités départementales de médecins depuis le milieu du 19^{ème} siècle. On en tire un enseignement majeur : l'inégale répartition des médecins sur le territoire français est plus que centenaire ! Des causes structurelles se dégagent alors clairement : l'influence des évolutions de l'activité économique, notamment illustrée par la désindustrialisation touchant le Nord du pays, est particulièrement frappante. En revanche, de Bordeaux à Nice, la surmédicalisation historique du Midi ne s'atténue en rien. On distingue aussi une

bonne dotation globale des départements sièges de faculté de médecine. Ainsi, le « laisser faire » a jusqu'à présent démontré toutes ses limites.

Dans un pays affichant l'égalité au cœur de sa devise, chaque manquement à ce principe choque plus qu'ailleurs. S'atteler à la réduction des inégalités est donc primordial, même si les français seront toujours inégaux devant la santé, l'éducation, la justice...

La situation est encore plus tendue en temps de crise. Les organismes de protection sociale, et l'assurance maladie en particulier, sont invités à retrouver l'équilibre comptable au plus vite, tout en conservant la qualité de notre protection sociale.

Frédéric Van Roeckeghem, directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des tra-

vailleurs salariés (Cnamts), juge son organisme « apte à retrouver l'équilibre sans attaque envers la protection sociale ». Le défi est de taille car, comme le rappelait notamment le Conseil Economique Social et Environnemental dans son rapport annuel, l'atout que représente la protection sociale française est indéniable, tout particulièrement en temps de crise. Ce système permet d'amortir les chocs conjoncturels, de maintenir un niveau relativement satisfaisant de demande interne, contribuant ainsi au soutien de l'activité économique, de permettre de limiter les pertes d'emplois et de préserver le mieux possible le bien-être de la population. Pourtant, le système de protection sociale ne survivra pas sans s'adapter aux exigences économiques actuelles, le défi étant de traiter l'urgence tout en assurant la pérennité du système.

L'organisation des soins ambulatoires en France est encore largement basée sur les principes fondateurs de la médecine libérale : liberté de choix du médecin par le patient, droit à des honoraires pour tout malade soigné,

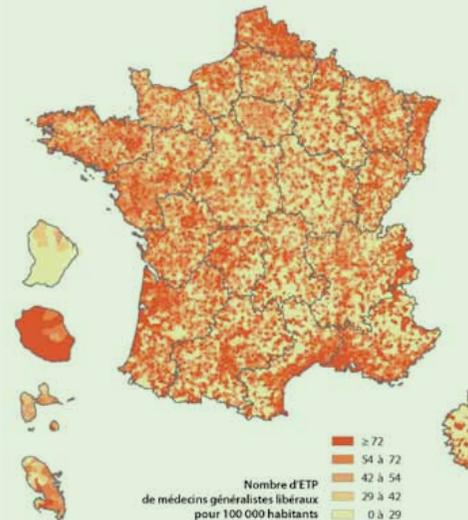
liberté d'installation, respect du secret professionnel, liberté de prescription et contrôle des malades par les caisses. La médecine évolue, suivant ainsi la transition opérée par la société française. **Si 78% des médecins de plus de 65 ans sont des hommes, 55% des moins de 40 ans sont des femmes.** Par ailleurs, le temps de travail ne représente désormais plus la plus grande part de nos vies, et les médecins n'ont pas à déroger à la règle. Les jeunes praticiens ne remplaceront pas les médecins de campagne, qui exerçaient le plus souvent seuls et consacraient leur vie à leur profession.

Près de 60% des médecins généralistes libéraux exercent en groupe, ils sont même plus de 80% chez les moins de 40 ans.

Laissant une plus grande place à la formation, à l'encadrement des étudiants, s'appuyant plus fréquemment sur l'outil informatique et ayant donc vocation à diminuer l'hospitalo-centrisme des études médicales, ce mode d'exercice est plus à même de répondre aux attentes des jeunes médecins. Ces derniers, au même titre que les jeunes enseignants par exemple, attendent plus de leur formation : une véritable insertion dans le cadre professionnel, encadrée par des médecins aguerris, leur permettant de découvrir l'exercice libéral en profondeur. La tarification à l'acte n'est pas complètement adaptée à ce genre de structures. En effet, comme le rappelait le récent rapport sénatorial relatif à la présence médicale sur l'ensemble du territoire, **« il y a aujourd'hui consensus sur la nécessité d'évoluer vers un système mixte qui, à côté d'une base de rémunération à l'acte, verrait se développer des rémunérations forfaitaires pour le travail de coordination, de prévention, de formation et de santé publique. »**

Les maisons de santé pluridisciplinaires répondent à une demande de simplification des démarches, trop de jeunes médecins renoncent actuellement à s'installer en raison

ACCESSIBILITÉ POTENTIELLE LOCALISÉE (APL) AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTES LIBÉRAUX





de trop lourdes contraintes et conservent ainsi le statut de remplaçants. De plus, l'exercice libéral n'a pas le vent en poupe, même si le conseil de l'ordre a récemment nuancé le tableau.

En 2006, en première inscription, seuls 10% des médecins avaient choisi ce mode d'exercice mais cinq ans plus tard, 35% d'entre eux exerçaient en libéral. Néanmoins, la majorité des acteurs s'accordent sur un déficit à combler dans ce domaine. Les maisons de santé représentent une solution puisqu'elles offrent de meilleures conditions de travail aux médecins, permettant des heures d'ouverture plus élargies des cabinets (11h30 par jour et 5,5 jours par semaine en moyenne) tout en réduisant le temps de travail de chaque médecin. **Elles sont vues comme une des réponses principales au défi de la démographie médicale.** Favorisant une limitation des visites à l'hôpital, elles contribuent à réduire le problème du regroupement des hôpitaux, en renforçant l'importance des soins ambulatoires. Ces structures pluridisciplinaires sont des lieux de collaboration et favorisent les transferts d'activités et le regroupement des tâches extra-médicales. Il s'agit de pratiques tout à fait récentes, n'étant autorisées en France que depuis 2004. Dans ce cadre, la commission offre de soins de l'Assurance Maladie évoquait notamment en 2008 la création d'un échelon professionnel entre infirmier (Bac+3) et médecin (Bac+10), sans suite pour le moment. Reconnues d'utilité publique, les maisons de santé pluridisciplinaires restent une solution à développer, même si le PLFSS 2008 soulignait déjà leur importance. On en dénombre actuellement 284 réparties sur l'ensemble du territoire, majoritairement en zone rurale. Les Agences Régionales de Santé sont chargées de piloter l'installation des maisons de santé, dont le nombre devrait doubler d'ici la fin de l'année 2014. Au-delà de l'adéquation avec les attentes des étudiants et des jeunes médecins, ces structures permettent également un meilleur suivi de l'évolution des maladies chroniques, tout comme la télémédecine.

Pour Pierre Simon, président de l'Association Nationale de Télémédecine, cet ensemble de pratiques « contribue au changement de paradigme de notre système de santé, rendu nécessaire pour répondre à la demande de soins liée aux maladies chroniques dont la prévalence progresse avec l'allongement de la durée de vie. » En effet, cela induit une réduction des déplacements à l'hôpital, tout en permettant un meilleur suivi des indicateurs importants. La télémédecine, qui comprend majoritairement la téléconsultation, la télésurveillance et la télé-expertise, autrement dit l'usage des technologies de l'information et de la communication par les professionnels de santé pour réaliser des actes médicaux, est à distinguer de la télésanté, qui concerne les services offerts à la personne par ces technologies pour améliorer son bien être. La télémédecine a été définie à l'article 78 de la loi HPST et inscrite dans le Code de la santé publique. Elle favorise la collaboration entre les divers professionnels de santé, nécessaire aujourd'hui au niveau du premier recours. Pourtant, des incertitudes juridiques demeurent, les cadres de financement restent parfois imprécis et peu d'études médicales la prennent en compte. Elle donne également lieu à certaines difficultés organisationnelles et se heurte à un frein sociologique relatif à l'usage de nouvelles technologies, tant pour les praticiens que pour les patients. Largement sous-exploitée, la télémédecine aurait une efficacité optimale dans les zones où elle justement le plus difficile à mettre en place, comme les territoires isolés ou les établissements pénitentiaires. Elle repose en partie sur le dossier médical informatisé du patient, dont seuls 300 000 français disposent actuellement. L'insuffisance est identifiée, **il faut donc s'attacher à développer au plus vite la télémédecine**, tout particulièrement où il s'agit de l'option la plus viable : le temps des expérimentations est révolu.

La Fédération des villes moyennes rappelle en fin d'année que tous les territoires ont droit à la santé, redoutant que le sys-

tème de santé français suive un nouveau « scénario de l'inacceptable » Les inégalités territoriales de santé sont élevées, et elles se creusent. En 2008, 15,4 % de la population adulte déclarait avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours de l'année. Ces résultats confirment ainsi l'importance de mettre en œuvre des politiques territorialisées dans l'objectif de lutter contre les inégalités de santé, en différenciant les zones rurales isolées des banlieues défavorisées. Répondre au défi de la démographie médicale, c'est aussi se doter d'indicateurs performants. La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) et l'Irdes ont ainsi développé l'an dernier l'Accessibilité Potentielle Localisée (APL), un nouvel instrument de mesure des disparités d'offre de soins. L'APL permet de mieux appréhender l'accessibilité en prenant en compte les déséquilibres potentiels entre l'offre et la demande de soins. Ainsi, elle complète et dépasse la simple mesure de distance au professionnel le plus proche. L'indicateur s'interprète comme une densité et constitue un outil complémentaire utile à l'observation et au pilotage de l'organisation des soins à un niveau local. Dans ce cadre, les régions, relais des décisions étatiques, sont les principaux acteurs à même d'apporter des solutions de proximité.

La loi HPST de 2009, portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires plaçait le « territoire » au centre du système de santé. Basée sur l'action des Agences Régionales de Santé, la nouvelle gouvernance française de la santé doit permettre de répondre aux besoins de soins en fonction des caractéristiques de chaque territoire. De nombreux découpages ont été proposés au cours de la dernière décennie afin d'optimiser l'articulation des politiques régionales de santé publique avec les politiques territoriales. La désertification ne concerne pas uniquement le domaine médical, la réponse apportée ne doit donc pas se cantonner à un

Interview - Charles Descours Vice président du Craps et sénateur honoraire



QUELLE PERCEPTION AVEZ-VOUS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE ?

En 2002, Jean-François Mattei, ministre de la Santé, m'a confié une mission sur la « permanence des soins » à la suite d'une grève de médecins libéraux sur ce sujet. J'ai alors pris conscience du problème de la démographie médicale d'une façon plus aiguë que je ne l'avais perçue en ma qualité de membre de la commission des affaires sociales du Sénat. Le nombre des médecins n'est plus à mes yeux et à ce jour le problème essentiel de notre sujet. Certes, le numérus clausus en fin de première année des études médicales a été minoré de façon drastique, pour atteindre en 2001, 3500 admis se fondant sur le raisonnement suivant : « moins il y a de médecins, moins il y a de prescriptions, donc moins de dépenses ». Cet état de fait, a été rapidement corrigé, puisque Jean-François Mattei augmentait progressivement le numérus clausus, comme au demeurant ses successeurs, pour atteindre pratiquement 7500 places en 2012. Le problème essentiel, inquiétant et complexe à résoudre aujourd'hui est le répartition des médecins sur le territoire d'une part et d'autre part, ce qu'il est convenu d'appeler le « temps médical ». En effet, nous avons actuellement plus de 200 000 médecins sur le territoire plus que nous n'en avons jamais eu, et pourtant il y a des zones où les médecins installés sont ou vont être trop rares. L'expression « désert médical » n'est pas exagérée ! En effet, un grand nombre de médecins libéraux vont partir progressivement à la retraite d'ici 2017 et les jeunes qui s'installent, ne souhaitent pas aller dans certaines régions. Ils recherchent davantage une installation en maison médicale pluridisciplinaire leur permettant d'être plus économes de leur temps professionnel. Cette tendance, désormais affirmée, est renforcée par la féminisation de la profession et aucun des jeunes médecins n'est prêt à abandonner la qualité de vie à laquelle il aspire. De quantitatif, le problème est devenu spatial !

TOUT COMME SON PRÉDÉCESSEUR, LE GOUVERNEMENT ACTUEL A CHOISI LA VOIE DE L'INCITATION POUR FAIRE FACE À L'URGENCE. S'AGIT-IL D'UN MANQUE DE COURAGE POLITIQUE ?

Il faut d'abord « ré enchanter » certaines disciplines, notamment la médecine générale. Dans les premières années, il n'y a eu que 10% d'une promotion qui s'installaient en « libéral ». Mais cela ne peut vraisemblablement s'envisager qu'avec une modification substantielle des études médicales, ce qui est dans un pays comme le nôtre ne peut être que long et périlleux ! Cela dit, d'autres mesures peuvent être envisagées, comme par exemple le concours national qui pourrait devenir régional. Quant aux incitations financières mises en place, force est de constater qu'elles ne sont pas déterminantes. Or, aller plus loin dans cette direction, ni la situation financière de l'Assurance Maladie, ni l'ensemble des finances publiques ne le permettent. Alors, la solution ou une partie de la solution devrait résider dans le développement de certains modes novateurs d'exercices, consultations avancées telle la télémédecine, médecine en liaison avec les hôpitaux locaux et généraux devraient améliorer la situation. Pour conclure brièvement sur ce point, il faut prendre conscience que le traditionnel médecin seul dans son cabinet au sein de chaque village va disparaître. Seuls une politique de suivi médical et des modes opératoires modernes et innovants permettront de surmonter cette crise dont il ne faudrait pas exagérer la gravité.

SELON VOUS SERAIT-IL PRÉFÉRABLE DE SUPPRIMER LA LIBERTÉ D'INSTALLATION DES MÉDECINS ?

La décider de façon autoritaire et administrative me paraît très dangereux. La liberté est ancrée depuis toujours dans les gènes de la médecine libérale, transcrites dans les conventions signées avec les syndicats médicaux et inscrites dans la philosophie du Conseil de l'ordre. Sommes-nous pour autant condamnés à des mouvements incitatifs qui, jusqu'à présent, n'ont guère étaient efficaces ? Privilegions d'abord la création de maisons médicales pluridisciplinaires assorties d'un projet médical sérieux, développons les nouvelles techniques naissantes d'intervention et redonnons le goût du « libéral » aux étudiants en médecine avec des études moins hospitalo-centrées et une bonne partie du chemin sera déjà fait !



secteur particulier mais les englober dans des projets territoriaux incluant tous les pans de la société. A titre d'exemple, nous pouvons souligner l'intégration de l'ARS Ile-de-France au sein de la réflexion menée autour de la métropole parisienne, que ce soit dans le syndicat Paris Métropole ou la Société du Grand Paris. Claude Evin, le directeur général de l'ARS, fait face à de criantes inégalités de santé, qui se sont creusées durant les deux dernières décennies : les habitants du 7ème arrondissement de Paris ont par exemple une espérance de vie de quatre ans supérieure à celle des habitants du 18ème. Lorsqu'on exclut les quartiers les plus aisés, les conditions de vie en Ile-de-France deviennent un frein à l'installation de médecins, à cause du coût du foncier, de l'engorgement des transports etc. Les équipements de pointe et la présence de nombreux spécialistes sont réservés à une certaine partie de la population. L'Ile-de-France est la deuxième région la plus dense concernant les spécialistes, mais ne se situe qu'au quinzième rang pour les généralistes. La région affiche un taux de secteur 2 très élevé, puisque près de 50% des médecins pratiquent les dépassements d'honoraires (65% pour les spécialistes). Il est néanmoins nécessaire de se méfier du caractère globalisant des indicateurs basés sur des statistiques régionales : la densité de généralistes est très élevée à Paris mais parmi les plus faibles dans les autres départements franciliens. De plus, même un département bien pourvu en professionnels de santé par rapport à la moyenne nationale peut comporter des zones sous denses, d'où l'intérêt d'une analyse infra-départementale, au niveau du bassin de vie. Les solutions préconisées pour améliorer la situation francilienne se tournent avant tout vers une décentralisation de l'offre de soins, en créant des pôles de santé en banlieue. Dans ce cadre, le projet de réseau de transport du Grand Paris Express est notamment une opportunité à saisir et à accompagner.

A travers cet exemple ressort clairement la problématique principale : donner une

visibilité au futur. La France manque de lieux, indépendants et transparents, où l'on réfléchit, où l'on construit des consensus, où l'on prépare l'avenir, notamment en matière de santé. La réforme des retraites, la réforme de long terme par excellence, illustre à elle seule cette difficulté. Sa mise en œuvre s'éternise, bien que nous ayons conscience de son caractère inéluctable. Pour Michel Rocard, la France ne connaît plus le vrai dialogue social, ce qui contrarie nombre de réformes. Comme les retraites, la démographie médicale est un sujet de long terme, qui ne correspond pas à la temporalité politique. Les évolutions, notamment avec la télémédecine, rendent l'évaluation des besoins de soins futurs très difficiles. Pourtant, comme le disait Jean Rostand, **« attendre d'en savoir assez pour agir en toute lumière, c'est se condamner à l'inaction »**. Lors d'un dîner-débat du Craps, Frédéric Van Roeckeghem avait d'ailleurs exprimé la même idée, regrettant que l'on ne fasse rien tant que la réforme ne résout pas tout. Toute réforme sera par essence imparfaite, l'essentiel étant de hiérarchiser les différents objectifs et de garder ce cap.

Dans la catégorie des mesures imparfaites, le numerus clausus est un modèle du genre. Instauré en 1971, il culminait à 8500 places à la fin des années 70, avant de longuement diminuer, dépassant à peine les 3500 places de 1992 à 1997. Les pouvoirs publics, désireux de réduire les dépenses de santé, pensaient bien faire en manipulant (avec l'aval des praticiens) le numerus clausus et en lançant à l'adresse des médecins la mesure d'incitation à la cessation d'activité (Mica), de 1988 à 2003. De plus, ils s'attendaient à une arrivée massive de médecins européens qui n'a pas eu lieu. Marisol Touraine rappelait qu'aujourd'hui, une brusque augmentation n'aurait aucun sens puisque si l'on se réfère à l'âge moyen d'installation en libéral (42 ans), les étudiants en première année de médecine s'installeront dans plus de vingt ans, au moment où le nombre de médecins ne sera plus un problème.

Peut-on considérer que le pacte territoire-santé, annoncé par le ministre en décembre dernier, comporte d'autres remèdes de nature à améliorer la situation ?

Pour beaucoup d'organisations syndicales, le plan est insuffisant, les propositions s'appuyant surtout sur d'anciennes mesures pas forcément appliquées. Par exemple, la loi du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux prévoyait déjà la possibilité d'allouer des bourses aux étudiants en médecine en contrepartie de leur engagement à exercer au minimum cinq ans dans les zones déficitaires. Aussi, de nombreux plans départementaux avaient déjà été lancés (Seine-et-Marne, Mayenne, Loir-et-Cher etc.) pour essayer de faire face à l'urgence. Marisol Touraine a donc eu le mérite de relancer ces mesures, et de les intégrer dans un plan global, qui s'adresse avant tout aux jeunes médecins. Comme la ministre le précise, **« il est normal de ne pas avoir envie d'exercer dans un secteur dont on ignore tout ! Il ne suffit pas d'encourager les jeunes médecins à venir s'installer dans les territoires en difficulté, il faut les aider à y vivre »**. Au-delà du **« développement des crèches et des écoles, de la promotion des conditions de logement favorables ou de la réflexion concernant des modes de transport adaptés »**, l'enjeu est surtout d'ouvrir l'accès aux études de santé, actuellement en grande partie réservées aux étudiants issus des catégories socio-professionnelles supérieures. Or, ces derniers étant majoritairement issus d'un environnement urbain aisé, ils ont une réticence naturelle à s'installer en zone rurale.

Le discours de la ministre appelle la mise en œuvre de projets territoriaux cohérents, mais il demeure compliqué de dégager de ce pacte une quelconque vision stratégique. Par ailleurs, Marisol Touraine a réaffirmé la position gouvernementale : hors de question de toucher à la liberté d'installation. En mai dernier, le Cnom avait recommandé d'imposer au médecin cinq ans d'exercice dans sa région de

LES PROPOSITIONS DE MARISOL TOURAINE

- **Changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins :** un stage en médecine générale pour 100% des étudiants, 1500 bourses d'engagement de service public d'ici 2017, 200 praticiens territoriaux de médecine générale dès 2013, un « référent-installation » unique dans chaque région.
- **Transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé :** développer le travail en équipe, rapprocher les maisons de santé des universités, développer la télémédecine, accélérer les transferts de compétences.
- **Investir dans les territoires isolés :** garantir un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes d'ici 2015, permettre aux professionnels hospitaliers et salariés d'appuyer les structures ambulatoires, adapter les hôpitaux de proximité et responsabiliser les centres hospitaliers de niveau régional à l'égard de leur territoire, conforter les centres de santé.

formation de 3^{ème} cycle, avant de faire volte-face. Les articles ayant trait à la coercition dans la loi HPST, pourtant très mesurés, avaient également été supprimés rapidement. Lorsque Jean-Marc Ayraut présidait le groupe socialiste à l'Assemblée nationale, il avait proposé de soumettre à l'approbation des ARS l'installation dans les zones surmédicalisées. Nicolas Sarkozy avait émis une proposition similaire avant de la nuancer au cours de son mandat. **Pour l'instant, le maintien de la liberté d'installation des médecins prévaut donc sur l'égal accès aux soins.** La réduire suffira-t-il pour résoudre le problème ? Les comparaisons internationales n'ont pas offert de résultats précis, les analyses variant selon les points de vue. L'exemple allemand, où l'installation est régulée depuis 1992, montre qu'une telle mesure limite l'afflux dans les zones sur-dotées mais ne suffit pas à orienter les médecins vers les zones sous-dotées. La CSMF, le premier syndicat de médecins, se positionne d'une part en faveur des solutions incitatives, regrettant d'ailleurs qu'elles ne soient pas plus appliquées, étant d'autre part opposée à la suppression de la liberté d'installation des médecins. **Se basant sur une étude de la Drees, le syndicat rappelait que les déserts médicaux ne touchent que 5% de**

la population, le rapport démontrant que 95% des Français ont accès aux soins de proximité en moins de quinze minutes. Seulement, cette étude ne prend en compte que la géolocalisation des patients et de certains praticiens, et délaisse ainsi les contraintes liées aux délais pour obtenir un rendez-vous, aux dépassements d'honoraires etc. Ensuite, le Conseil de l'Ordre recense tout de même 35 départements potentiellement en danger car ils cumulent la forte probabilité d'un départ massif d'ici à 2017 et une faible présence de jeunes générations en secteur libéral. Les régions Ile-de-France et Centre sont tout particulièrement touchées, n'ayant chacune qu'un seul département potentiellement hors de danger (Indre-et-Loire et Val-de-Marne). Quoi qu'il en soit, la CSMF illustre parfaitement le sentiment d'injustice ressenti par les médecins, qui estiment que le problème n'est pas si important que les médias veulent bien le laisser croire, et surtout qu'ils n'en sont pas responsables. Qui peut seulement leur donner tort ?

Tous les acteurs s'accordent à reconnaître la prééminence des mesures incitatives. Cependant, de nombreuses limites sont d'ores et déjà apparues et un retour sur la liberté totale d'installation des médecins est devenu envisageable. En outre,

« Il est normal de ne pas avoir envie d'exercer dans un secteur dont on ignore tout ! Il ne suffit pas d'encourager les jeunes médecins à venir s'installer dans les territoires en difficulté, il faut les aider à y vivre. »

Marisol Touraine
Ministre des Affaires sociales et de la Santé



Interview - Pierre Simon Président de l'ANTEL



VOUS AVEZ CRÉÉ L'ANTEL EN 2006, QUEL BILAN TIREZ-VOUS DU DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE DEPUIS ?

La télémédecine étant une forme de pratique médicale à distance, il fallait convaincre les professionnels de santé, médecins et non-médecins, qu'il y avait dans notre pays des inégalités d'accès aux soins, l'origine de véritables pertes de chance, qui pouvaient être améliorées, voire corrigées, par de nouvelles organisations structurées par la télémédecine. Pour parvenir à cet objectif, l'ANTEL se comporte en société savante de télémédecine qui promeut, soutient, accompagne toute nouvelle organisation qui démontre un service médical rendu (SMR) aux patients. Elle le fait connaître en fédérant en son sein les représentants de sociétés savantes médicales qui ont des applications de télémédecine, comme la cardiologie, la néphrologie, la neurologie vasculaire, la radiologie, la diabétologie, la pneumologie, la dermatologie etc. Aujourd'hui 12 sociétés savantes médicales sont représentées au sein de l'ANTEL. Elle fait connaître également ses objectifs en organisant chaque année depuis sa création un congrès scientifique de dimension européenne où sont présentés les travaux les plus pertinents en matière de nouvelles pratiques apportant un SMR aux patients. Enfin en 2010, l'ANTEL créé son propre journal électronique de recherche clinique européenne en télémédecine : European Research in telemedicine accessible à partir de son site web : www.antel.fr

L'ANTEL est membre du comité de pilotage du plan national de télémédecine dont les cinq priorités ont été déclinées dans les 26 programmes régionaux de télémédecine des ARS. Le déploiement effectif de la télémédecine va se faire en France à partir de 2013. Ce déploiement ne pouvait se faire avant la parution du décret de télémédecine et avant que le programme régional de télémédecine (PRT), partie intégrante du Plan Régional de Santé, ait été arrêté par les ARS.

LA STRATÉGIE NATIONALE DE DÉPLOIEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE VOUS PARAÎT-ELLE EFFICACEMENT PILOTÉE ?

Cette stratégie mise en place par la DGOS à partir de janvier 2011 a porté ses fruits, puisqu'elle a permis à chaque ARS de définir son PRT. Le changement de gouvernement, intervenu en mai 2012, entrainera-t-il un changement de pilotage de la télémédecine ? Certains le souhaitent, estimant que le pilotage a été jusqu'à présent trop « administratif » et pas assez « médicalisé » (avis du CNOM) ou pas assez « industrialisé » (avis des industriels de la santé). Comme souvent, la vérité est médiane et l'ANTEL serait favorable à une gouvernance nationale qui impulse les grandes orientations voulues par les Pouvoirs publics dans le plan national de télémédecine, en harmonisant à la fois les attentes des professionnels de santé (le déploiement de la télémédecine dans le secteur ambulatoire) et celles des industriels de la santé.

AU VU DE SON « PACTE TERRITOIRE-SANTÉ », MARISOL TOURAINE A-T-ELLE PRIS TOUTE LA MESURE DE LA TÉLÉMÉDECINE ?

Marisol Touraine a visé juste en proposant de développer la télémédecine au sein des structures de soins de 1er recours. On peut aujourd'hui considérer que la télémédecine hospitalière est sur les rails avec ses deux applications phares (la permanence des soins en imagerie et le télé-AVC) qui constituent la « colonne vertébrale » d'autres applications de la télémédecine. La démographie médicale, dans certains territoires ruraux ou zones isolées, est au cœur des préoccupations de la ministre. La télémédecine peut contribuer à améliorer l'accès aux soins dans ces territoires à faible densité médicale à la condition que de nouvelles organisations professionnelles se mettent en place. La télémédecine ne peut se développer dans les organisations traditionnelles. Il faut que les professionnels de santé du secteur ambulatoire se regroupent pour élaborer un programme médical consensuel qui prenne en compte la demande de soins, programmée et non programmée, des patients atteints de maladies chroniques du vieillissement, souvent très âgés et handicapés. L'organisation professionnelle nouvelle et son projet médical de territoire doivent favoriser le maintien à domicile ou dans les substituts (EHPAD, maisons de retraite). C'est dans un tel contexte que la télémédecine constitue un levier incontournable pour une meilleure coordination et continuité des soins.

on ne peut pas assimiler la régulation à de la pure coercition. Forcer un jeune médecin sortant de dix années d'études à passer les cinq prochaines dans un territoire isolé relève d'un esprit coercitif plutôt prononcé. En revanche, l'assurance maladie se doit de s'engager avec sagesse dans la recherche d'un accord permettant de cesser de conventionner les nouveaux médecins qui s'amassent sur certains territoires déjà sur-médicalisés, d'autant que d'autres professions médicales ont déjà évolué dans cette direction. L'accord conventionnel signé en 2008 par l'assurance maladie avec l'ensemble des syndicats d'infirmiers libéraux a répondu aux objectifs de réduction des inégalités. A la suite de cette réussite, des accords similaires, adaptés aux spécificités de chaque profession, ont été conclus avec les masseurs-kinésithérapeutes, les sages-femmes et les chirurgiens dentistes. Le rapport présenté par le sénateur Hervé Maurey remarquait que « **les professionnels de santé aujourd'hui régulés ne comprennent pas pourquoi les médecins ne le sont toujours pas. De nombreux médecins rencontrés admettent d'ailleurs cette nécessité.** »

De nombreux dispositifs incitatifs existent déjà, la rémunération des actes étant par exemple majorée de 20% dans les zones déficitaires. **En Picardie, département globalement sous-médicalisé, il n'y a eu en 2011 qu'une seule installation en zone déficitaire, contre quatre dans le reste du département.** Ainsi, force est de constater que l'empilement de plus d'une dizaine de mesures incitatives, parfois très coûteuses, sans grande cohérence entre elles, n'a pas permis d'assurer une juste répartition des moyens sur le territoire. Il s'agit donc d'évaluer la pertinence de ces aides et de ne favoriser que les plus efficaces car pendant ce temps, la qualité de soins proposée est progressivement mise à mal.

Les zones sous-médicalisées ou en voie de démedicalisation, plus souvent des zones rurales et les cités de banlieue, nous

confrontent à un véritable problème d'égalité. Une enquête BVA réalisée en 2007 auprès des étudiants et jeunes médecins soulignait la mauvaise image globale de ces zones, tout en mettant en évidence un important potentiel d'installation a priori : plus d'un tiers des futurs médecins se déclaraient prêts, sans condition préalable, à s'installer dans une zone rurale ou une cité de banlieue. En effet, il est possible de vivre en banlieue pavillonnaire ou dans une petite ville tout en exerçant en cité populaire ou en zone rurale. Au vu de l'enquête, le pouvoir incitatif des mesures proposées paraissait encourageant, mais il était indispensable de mettre en place l'ensemble de ces mesures et de les diffuser aux étudiants. Dans cette optique, il semble que ces cinq dernières années n'aient pas été mises à profit par les pouvoirs publics pour améliorer la situation.

Plus de 1600 médecins titulaires d'un diplôme étranger se sont installés en France en 2011. Cet afflux se dirige notamment vers l'Île-de-France et la région Rhône-Alpes, très attractive. En revanche, aucun praticien ne s'est installé dans une commune sous-médicalisée. Une nouvelle fois, la solution ne viendra pas de l'extérieur. Le conseil de l'ordre préconise de s'attaquer aux problèmes de la démographie médicale en améliorant la communication sur les mesures déjà existantes, en développant sensiblement la partie libérale du cursus universitaire et en créant un véritable accompagnement. Les études de médecine sont également mises en cause, puisque nombreux sont ceux qui préconisent d'adapter les épreuves classantes nationales, qui ouvrent l'accès au troisième cycle des études médicales, aux besoins des différentes filières médicales de chaque région. Des propositions alternatives ont également émergé, comme l'utilisation de la médecine itinérante ou le travail des seniors, moins exigeants en termes d'infrastructures et de services familiaux. Dix ans après la fin de la Mica, on essaie de prolonger l'activité des médecins, afin d'augmenter le temps médical disponible. Cependant le rapport

sénatorial de février préconise d'ouvrir cette possibilité uniquement dans le cas d'un exercice en zone sous-médicalisée et ainsi de clarifier le statut des médecins « retraités actifs ».

Le rapport Maurey appelle à « faire montre de volonté, de persévérance et de courage pour agir sans tabou ni a priori dans le seul souci de l'intérêt général ». La démographie médicale dépasse les clivages politiques et concerne la société entière, allant bien au-delà du monde de la santé. Pour preuve, le rapport sénatorial a été préparé par la commission du développement durable et de l'aménagement des territoires, et non la commission des affaires sociales. Au cours d'un dîner-débat organisé par le Craps, Michel Yahiel, conseiller social de François Hollande, soulignait que « si les déserts médicaux ont été combattus, force est de constater que rien n'a fonctionné. Il s'agit donc d'essayer autre chose, ce qui signifie intégrer la santé à une dynamique territoriale globale, faire en sorte que la santé aille vers les gens, en intégrant tous les acteurs locaux. » Le mode d'exercice de la médecine libérale, dans ses conditions actuelles, ne satisfait plus les besoins de tous les territoires. Profondément ancrée, la situation n'évoluera pas sans un effort notable ●

O. Gil



Démographie médicale, sombre avenir ?



Entretien avec Michel Chassang, président de la CSMF et Frédéric Van Roeckeghem directeur général de la CNAMTS



« Il faut se garder des mesures autoritaires toujours contre productives et envisager le problème dans sa globalité. »

Michel Chassang

La démographie médicale semble être un sujet qui ressemble à un véritable serpent de mer, depuis plus de 20 ans, les rapports se succèdent et s'empilent sans que la tendance change. Aujourd'hui, en mars 2013, avons-nous trop ou pas assez de médecins ?

Michel Chassang : La question des zones sous-médicalisées est complexe et multifactorielle. Pour y répondre efficacement, il faut se garder des mesures autoritaires toujours contre-productives et envisager le problème dans sa globalité. Mais tout d'abord, il faut se garder des idées reçues, comme celle qui consiste à dire qu'il n'y a pas assez de médecins. La perception d'un déficit de médecins, alors que leur nombre n'a jamais été aussi important, est un paradoxe qui a pour origine leur mauvaise répartition sur le territoire et surtout une mauvaise répartition entre les différentes spécialités médicales. Et de cela, personne n'en parle. Pourtant en 2010, aucune installation en libéral n'a eu lieu dans 14 spécialités. Pire, le solde de l'effectif libéral entre départs et installations est négatif dans 8 spécialités. L'Ordre des médecins a mis en évidence un afflux de médecins diplômés hors de l'hexagone, mais qui ne s'installent pas principalement dans les zones sous-denses. Le

CNOM a comptabilisé 19 890 médecins titulaires d'un diplôme européen et extra-européen, ils représentent 7,4% de l'ensemble des médecins inscrits au tableau de l'Ordre. « Parmi les 6 053 médecins nouvellement inscrits au cours de l'année 2011, 27% d'entre eux sont titulaires d'un diplôme obtenu hors de France. Donc attention à ne pas faire n'importe quoi en prônant des solutions à l'emporte-pièces qui favorisent peut-être le clientélisme électoral, alors que le sujet est complexe et délicat.

Frédéric Van Roeckeghem : La France se caractérise, si l'on en croit les statistiques de l'OCDE, par une situation médiane en matière de démographie médicale. Ce n'est vraisemblablement pas tant le nombre de médecins qui pose question, que la répartition entre spécialités, la répartition sur le territoire et la coordination des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux, entre eux, qui constituent les principaux enjeux

FAUT-IL FORMER SELON VOUS PLUS DE GÉNÉRALISTES, QUE DE SPÉCIALISTES OU L'INVERSE ?

M.C. : Il faut clairement former davantage de médecins dans certaines spécialités dont les effectifs ont sensiblement baissé. C'est le cas

par exemple des ophtalmologistes ou une centaine de postes sont ouverts chaque année à l'issue du concours d'internat, alors que se développent des files d'attente dans certaines régions pour pouvoir avoir un rendez-vous. La gestion des effectifs par les pouvoirs publics selon les desiderata des mandarins est un problème. Elle devrait se faire selon les besoins constatés dans chacune des spécialités et par région.

F.V.R. : De manière générale, l'attractivité des spécialités cliniques, y compris la médecine générale, est à renforcer. Pour les spécialités autre que la médecine générale, la question se pose différemment suivant que l'on considère les spécialités de plateaux techniques (notamment chirurgie, anesthésie, obstétrique), les spécialités médicales techniques (par exemple l'imagerie) et les spécialités cliniques. Il me semble que les décisions en matière de formation devraient être prises à partir d'une analyse des besoins de soins projetée sur les prochaines années, des innovations et des gains de productivité envisageables sur les différentes activités médicales.

QUELLES SOLUTIONS AVANCEZ-VOUS POUR INCITER LES MÉDECINS À S'INSTALLER DANS LES ZONES SINISTRÉES, OU PLUS EXACTEMENT DANS LES DÉSERTS MÉDICAUX ?

M.C. : Pour construire une politique de meilleure répartition des médecins sur le territoire il est urgent de revaloriser l'exercice libéral. Il faut répondre aux aspirations nouvelles, des femmes comme des hommes, de mieux équilibrer leur vie professionnelle avec leur vie personnelle. Ceci suppose d'adapter l'organisation professionnelle, en favorisant des modes d'exercice en réseau ou en groupe entre médecins et autres professions de santé, et enfin entre les structures hospitalières publiques et privées. Dans le même esprit, il faudrait permettre aux médecins libéraux d'accéder aux plateaux techniques des hôpitaux sur la même base de nomenclature

que la rémunération des actes en libéral. Il faut naturellement améliorer les conditions de la permanence des soins et trouver des solutions de collaboration public/privé dans les zones déficitaires. Trop souvent le poids des gardes est tel qu'il constitue un facteur très dissuasif à l'installation dans ces zones. Il ne sera pas possible de faire l'économie de l'alignement du niveau de rémunération sur celui des autres médecins européens. L'installation dans les zones peu attractives doit être encouragée par des incitations multiples, sous condition que le médecin ne soit pas contraint d'effectuer la totalité de sa carrière professionnelle dans une seule zone. Pour répondre en urgence au problème des zones les plus sous-médicalisées, un contrat volontaire pourrait permettre de créer des cabinets secondaires partagés entre professionnels pour assurer une présence permanente. Le numerus clausus doit être établi au niveau régional en prenant en compte les besoins par spécialités dans les années à venir, par le retour à l'internat régional. Naturellement, la création d'un statut de collaborateur libéral est à explorer. C'est encore l'exercice à temps partiel ou à temps partagé qu'il faut développer. La meilleure façon de promouvoir la médecine libérale, c'est d'en faire un terrain de formation en multipliant les stages tout au long de la formation.

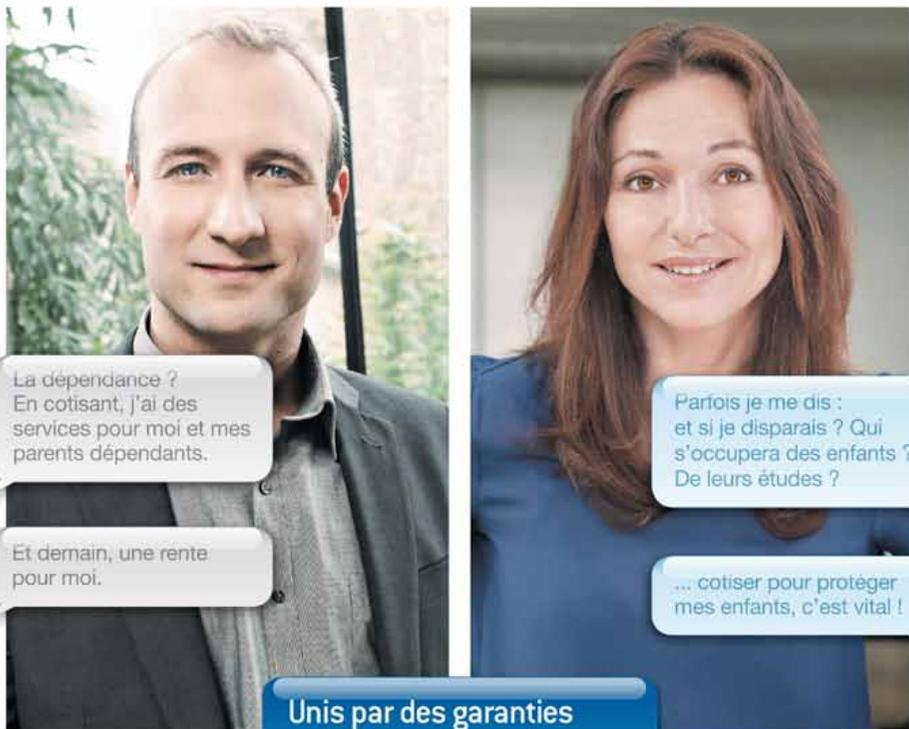
F.V.R. : L'analyse des motivations des jeunes médecins montre que les facteurs non financiers sont tout aussi décisifs pour le lieu d'installation que les incitations financières. Il faut donc en premier lieu mobiliser les facteurs d'attractivité des territoires et les perspectives de carrière que l'on pourrait construire pour les jeunes médecins qui s'engageraient à s'installer dans les zones sous-dotées pendant une période donnée. Mais le temps presse et si des réponses rapides ne sont pas trouvées, le risque d'une politique plus contraignante ne peut être écarté •



« De manière générale, l'attractivité des spécialités cliniques, y compris la médecine générale, est à renforcer. »

Frédéric Van Roeckeghem





La dépendance ?
En cotisant, j'ai des services pour moi et mes parents dépendants.

Et demain, une rente pour moi.

Parfois je me dis :
et si je disparaiss ? Qui s'occupera des enfants ? De leurs études ?

... cotiser pour protéger mes enfants, c'est vital !

Unis par des garanties qui assurent l'avenir

Veuvage, orphelinage, handicap, dépendance, lorsque vous cotisez à l'OCIRP, vous protégez votre famille.

Face à ces risques, le rôle de l'OCIRP est d'unir des organismes de prévoyance afin d'offrir des garanties complémentaires aux salariés dans le cadre d'un contrat collectif. L'OCIRP, organisme paritaire géré par les représentants des salariés et des employeurs, assure près de 5 400 000 salariés et 1 200 000 entreprises.



www.ocirp.fr



Les garanties OCIRP sont diffusées par les organismes de prévoyance membres des groupes de protection sociale AG2R LA MONDIALE - AGRICA - APICIL - AUDIENS - HUMANIS - IRCEM - KLESIA - LOURMEL - MALAKOFF MÉDÉRIC - RÉUNICA, les organismes de prévoyance ANIPS - APGIS - CAPSSA - CIPREV - CREPA - GNP (Union d'institutions de prévoyance) - IPBP - IPECA Prévoyance - IPSEC (Groupe HUMANIS) - UNIPREVOYANCE, et les partenaires UNPMF - UNMI - IDENTITES MUTUELLES - PREVAAL. (Liste janvier 2013)



Le portrait

Raymond Massaro, Bottier maître d'art

Si la vie ne vaut que par les émotions qu'elle suscite, elle s'agrémentent tout autant par les rencontres qu'elle favorise ! Il nous a été donné, l'autre soir, d'avoir table mise au Sénat et d'y rencontrer un homme dont il se dégageait élégance et distinction ... très naturellement.

Rapidement, de captiver, nous fûmes fascinés par son évocation d'un monde de rêves qui fut le sien, peuplé d'illusions, de magies dans lequel l'irréel côtoie néanmoins intimement le réel.

Notre homme a la simplicité des grands dont l'autorité ne se mesure pas à l'élévation de la voix mais à leur humilité devant leur art, à leur pédagogie devant le curieux, à leur maîtrise devant la difficulté. S'exprimant sans emphase, il se raconte volontiers, quelque fois avec dérision, mais sans jamais s'écouter parler. Aurait-il d'ailleurs, besoin de le faire, tant son passé est riche !

En déclinant sa profession, -son art devrait-on dire-, il ajoute non sans un sourire malicieux qu'il a eu le privilège de chauffer « Sa Sainteté le Pape » ! Oui, l'homme qui nous fait face et que nous vous présentons à travers ces lignes a fréquenté depuis la Libération toutes celles et tous ceux qui ont façonné notre environnement pour entrer dans l'histoire, pour leur caresser les pieds-sans pour autant s'agenouiller ! - fussent-ils rois, présidents, ministres, religieux, artistes !

Nous parlons bien de la partie terminale du membre inférieur de l'homme, articulée à la jambe par la cheville, terminée par cinq doigts et destinée, par aptitude, à reposer à plat sur le sol, permettant la station debout et donc la marche.

Notre homme porte ses 82 ans comme d'autres traînent leurs 20 ans ! Doté d'une mémoire impressionnante, encyclopédie vivante d'un monde dont on regarde plus spontanément la tête que les pieds, il émaille la conversation d'anecdotes qui n'ont d'autre but que de faire saisir à ses interlocuteurs que nous sommes, les traits de caractère de ceux qui constituèrent sa clientèle, ne cherchant en aucun cas à se valoriser.

Raymond Massaro, puisque c'est de lui qu'il s'agit, est bottier, ce qui est en soi fort respectable, mais la reconnaissance dont il bénéficie de la part de ses pairs, au point d'être devenu une référence mondiale, lui a valu l'attribution rarissime (80 à ce jour) du titre de maître d'art. Qui sait mieux que lui, que le pied non seulement est sujet à toutes les attentions tellement sa sensibilité est grande mais reste un véritable mystère...

Si Raymond Massaro a atteint le sommet de son art, point de vocation chez lui ! Il se rêvait professeur d'histoire ou de français, mais l'histoire en a décidé autrement. Les lois scélérates de Vichy interdisant les immigrés d'être fonctionnaires, ont obligés Raymond Massaro à prendre la suite paternelle au sein de la maison familiale fondée en 1894 par son grand-père. Ainsi commença pour Raymond un long parcours fait d'apprentissage, d'écoute, d'humilité mais aussi de création, d'expertise et de ...rayonnement !

Maître d'art ! Professionnel d'excellence qui maîtrise des techniques et des savoir-faire exceptionnels, reconnu par ses pairs pour son expérience, son expertise et ses compétences pédagogiques, il doit être capable de transmettre ses connaissances et son tour de main à un élève afin qu'il les perpétue. Telle est la définition officielle de ce titre prestigieux dont les termes collent en tous points au profil de Raymond Massaro. Bottier, maître d'art depuis 1994, c'est tout naturellement qu'au titre de la promotion de janvier 2012, Frédéric Mitterrand, alors ministre de la Culture et de la Communication lui a conféré le grade d'Officier dans l'Ordre des Arts et des Lettres.

Raymond Massaro a passé sa vie à chausser ses contemporains : richissimes inconnus et stars mythiques comme Marlene Dietrich, Greta Garbo, Marilyn Monroe, Elisabeth Taylor... L'évocation de ces noms lui ravive soudainement souvenirs, anecdotes. Alors son air malicieux réapparaît pour nous dire laconiquement... « C'était un rêve ! »... Et le voilà reparti dans ce monde qui fut le sien, pour évoquer avec tendresse celle qu'il trouve, encore aujourd'hui, la plus attachante dans ce parterre de célébrités. « Elle était d'une intelligence hors du commun ». La grande dame du Ritz, l'éternelle demoiselle à ce moment même s'invite à notre table. Coco Chanel nous parle de la sandale bicolore qui fera le tour du monde sous son nom mais que Raymond Massaro a créée. La légende maître de l'admiration de l'un et du respect de l'autre, sandale bicolore et ballerine incarneront l'excellence française !

Mais si Raymond Massaro a œuvré au sein des maisons les plus prestigieuses de la haute couture, et avec quel succès : Karl Lagerfeld, Chanel, Thierry Mugler, John Galliano, Azzedine Alaïa ou Christian Lacroix, là ne s'arrête pas son histoire. L'homme qu'il est, l'action qu'il a menée aurait été « inachevée » à ses yeux : « j'avais besoin de compenser la chausserie de luxe et de faire en même temps des chaussures sur mesure pour handicapés ». Et voilà Raymond Massaro, celui qui à l'instant nous livrait ses rencontres avec Coco Chanel, s'enflammer pour une autre facette de sa vie : la podologie et le syndicalisme. Un autre monde, mais toujours la recherche de l'excellence au service des autres avec l'expertise comme seul moyen de réussite.

Mais le temps passe et la Chambre haute n'apprécie guère de se coucher tard ! Nous prenons congé de notre homme qui fidèle à lui-même, facétieux, nous remercie en citant Napoléon : « Le temps est le grand art de l'homme ! » ●

1955
Rencontre avec
Coco Chanel

1981
Présidence
du CSNPO

1983
Rencontre avec
Karl Lagerfeld

1994
Maître d'art

1999
Jubilé

2000
Légion
d'honneur

2005
Escarpin
d'Honneur
de Cristal

2007
MOF Honoris
Causa



A.P.A.M.P.

Association pour le Prêt d'Appareillage aux Malades et Paralysés

APAMP pour l'aide de vie à domicile des malades et handicapés

APAMP pour réattribuer sous forme de prêt le matériel nécessaire aux personnes à domicile pour leur faciliter leurs conditions de vie

APAMP ses services sont situés dans l'Allier et la Nièvre

Siège social :

 6, rue Casabianca - 03000 MOULINS
Tél. : 04 70 20 09 98 - Fax : 04 70 20 11 76



C3 consultants

Siège Nantes
Boulevard Charles Trenet
44000 Nantes - FRANCE
Tél. 02 42 27 98 99
Fax 02 42 28 80 85

Siège Paris
18, rue de Valenciennes
75002 Paris
Tél. 01 46 51 71 80
Fax 01 46 51 71 80



USPO
OFFICINE A IDEES

Union des Syndicats de Pharmaciens d'Officine
43, rue de Provence - 75009 Paris
Tél. : 01.46.47.20.80 - Fax : 01.71.18.34.10
Mail : uspo@uspo.fr - Web : www.uspo.fr



union française des ortho-prothésistes

www.ufop-ortho.fr
6, rue Léon Jouhaux - 75010 PARIS
Tél. : 01 42 40 50 60
ufop@club-internet



www.csnpo.org
7, rue de la michodière
75002 PARIS

Tél. : 01 40 17 05 29
csnpo@csnpo.org

Une mutuelle de la fonction publique qui s'ouvre aux entreprises et aux particuliers...



MCDEF
Le Défi Mutualiste

L'expérience ne rend pas seulement sage, elle inspire aussi innovation et inventivité... Depuis près de 70 ans, la MCDEF travaille à satisfaire les attentes de ses adhérents en leur proposant des solutions concrètes et pertinentes.

Il y a 20 ans, la mutuelle s'ouvrait aux entreprises. Aujourd'hui, les particuliers bénéficient à leur tour de l'expérience MCDEF.

C'est en s'appuyant sur un réseau commercial national, en lien étroit avec un réseau de courtage, que la mutualité met son expertise à la disposition des particuliers comme des professionnels avec une garantie complète d'efficacité en santé et en logement. Une expertise éprouvée toujours par des valeurs mutualistes solidaires et solidaires, partagées au sein du groupe hétérologue la MCDEF ses affiliés depuis 2 ans.

www.mymcdef.fr

Mutuelle de la Défense - Mutualité ouverte aux professionnels de la Défense et de la Mutualité - 100000 100 000 100 000





Le fait historique

Notre Sécurité Sociale : la vraie exception française.

Si le Craps est un espace de pédagogie, comme l'a très justement souligné notre président dans son éditorial et si l'avenir ne se bâtit pas ex nihilo, alors cette rubrique a toute sa place au sein du CRAPSLOG. En effet, faute de méconnaître ou pire de ne pas connaître son histoire, de quelle perspective serait issu notre « actuel » ? De quelle cohérence serait faite notre pierre à l'édifice ?

Pour ce premier opus, que l'acte fondateur de notre Sécurité Sociale, les ordonnances de 1945, ait été choisi n'étonnera personne. Elles sont aboutissement et point de départ, réflexion collective et révolution humaniste, esprit des lumières et universalité. Elles sont également l'occasion de rendre un hommage appuyé à leur rédacteur-fondateur Pierre Laroque (1907-1997), grand serviteur de l'Etat dont l'humilité et l'effacement n'obéraient en rien son courage -France Libre- et son opiniâtreté -arrê Canal-.

Après les conceptions novatrices bismarckiennes, la période de la seconde guerre mondiale a été, de part et d'autre du Channel, riche

en réflexions portant sur les futurs systèmes de santé. **En France, c'est le Conseil National de la Résistance (CNR) qui adopte dans la clandestinité, en mars 1944, au sein de son programme d'action, l'idée d'«un plan complet visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence, dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail »**, Pierre Laroque, conseiller d'Etat, compagnon du Général De Gaulle à Londres se voit confier, à la Libération, la rédaction d'un rapport qui aboutira aux ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, créatrices de la Sécurité Sociale. **Ainsi pour la première fois au monde, une approche globale de lutte contre les risques liés aux aléas de la vie est mise en œuvre à travers la solidarité nationale.** Le « social » est érigé au rang d'exception française et devient un patrimoine financé et entretenu par tous au profit de tous. Si la République a pour devise politique : « le gouvernement du peuple, par le peuple, pour le peuple », elle a désormais sa devise sociale qui pourrait s'exprimer par : « un système social de tous, pour tous, par tous ».

L'article premier de l'ordonnance du 4 octobre 1945 en stipulant : « **il est institué une organisation de la Sécurité Sociale destinée à garantir les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature, susceptibles de réduire ou supprimer leurs capacités de gains, à couvrir les charges de maternité ou les charges de famille qu'ils**

supportent... » synthétise cette révolution à la fois conceptuelle et opérationnelle qui raye d'un trait les souffrances du XIX^e siècle ouvrier, redonne à tout à chacun sa dignité. « Ne plus courber l'échine » selon l'expression de René Teulade devient réalité.

La modernité de notre approche sociale n'est plus à démontrer. Complétée par la création en 1958 d'une assurance chômage à une époque de plein emploi, prouvant encore une fois que « gouverner, c'est prévoir », **la France possède le système le plus affiné qui soit au monde.** Son avenir est entre les mains de ceux pour qui il a été conçu. Issu d'un monde qui se voulait nouveau, il est désormais confronté à la dure réalité des chiffres, à qui certains veulent conférer une acception de rentabilité.

En dévoyant méthodiquement, régulièrement, par traits insignifiants ce système, il est aujourd'hui mis à mal jusqu'à ses fondements. N'oublions pas avec Camus que si « un journal est la conscience d'une nation », son système de santé est son niveau de maturité à travers la solidarité qu'il suppose. D'expérience, les crises ne se surmontent que si le pacte social de la nation fait rempart à toutes les aventures politiques, alors gardons espoir... « cette mémoire qui désire »!



Jean-Paul Ségade - Inspecteur général des affaires sociales

LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER À LA CROISÉE DES CHEMINS



Volet social du pacte républicain qui fonde et consolide la Nation française, le service public hospitalier, est l'héritier de trois traditions dont la plus ancienne est celle de l'hôpital lieu de charité et de soins, légué par l'héritage humaniste de notre histoire commune qui, de Saint Thomas d'Aquin (utilitas publica) à la séance royale du 23 juin 1789, définissait les prémisses d'un service public qui, lui, a été défini au vingtième siècle par l'Ecole de Léon DUGUIT et Gaston JEZE, dans une volonté pour l'Etat mais aussi les communes de répondre à des besoins jugés d'intérêt général non pris en charge par l'initiative privée. Il faudra attendre la Libération et la Constitution de 1946 pour que le service public trouve sa place constitutionnelle dans l'action publique et que l'hôpital bénéficie directement de la création de la Sécurité Sociale.

En ce sens, l'hôpital est bien l'opérateur pour le service public hospitalier de la devise républicaine Liberté – Egalité – Fraternité.

LIBERTÉ pour le malade de choisir son médecin, libéré pour ce dernier de s'installer où il le désire et, bien évidemment, libéré de prescriptions.

ÉGALITÉ pour tous les patients admis à l'hôpital comme égalité statutaire des fonctionnaires et des médecins ainsi qu'égalité contractuelle garantie par les marchés publics.

FRATERNITÉ grâce au financement collectif qui dépend de la Nation, l'hôpital restant financé très majoritairement par des recettes dites sociales ou publiques.

En rappelant dès son arrivée que le service public hospitalier devait conserver son unité, l'actuelle ministre de la santé, après une loi HPSST controversée, se portait garante de l'unité et de la pérennité de la notion de service public hospitalier, sans nier par ailleurs la nécessité affirmée par le dernier rapport de l'IGAS sur l'hôpital, de s'interroger sur la place de l'hôpital public au sein du service public hospitalier.

En effet l'hôpital se trouve aujourd'hui confronté à trois évolutions fondamentales.

La première, souvent mal analysée dans les discours, tient à la nature même de l'évolution du progrès médical. De la même façon que le progrès technique a modifié les comportements économiques et la fonction de production entrepreneuriale, le progrès médical modifie amplement la fonction de production hospitalière, la nature des métiers concernés et la ligne de frontière

entre ces métiers. Le progrès médical, comme le progrès technique pour le secteur économique, modifie profondément l'organisation hospitalière et notamment la pertinence de petites structures ne disposant pas de plateau technique moderne et de personnels spécialisés.

La deuxième évolution est liée à la démographie médicale, non à la fois en volume mais surtout sur le plan qualitatif avec une spécialisation des métiers, la féminisation du corps médical et le besoin légitime des médecins de disposer des mêmes avantages, notamment de la durée de travail que les autres acteurs économiques. Enfin, la troisième et dernière évolution tient à la nature même de la demande par un triple effet du vieillissement, en parallèle d'une double exigence accrue de qualité et d'information des patients. Cette exigence est d'autant plus forte que le progrès médical est médiatisé et ne coûte rien directement pour le malade.

Face à ces trois évolutions une contrainte est réelle, la réalité financière, qui conduit sans mode de régulation le système à l'explosion. Car en effet, le dilemme est bien là, la santé est perçue comme un droit pour les patients, un bien économique pour les acteurs de santé, mais un coût pour l'Assurance maladie et l'équilibre de nos comptes publics.

Dans ce triptyque droit, bien et coût, la croissance économique a toujours reporté la résolution de cette équation à trois inconnues. Comment assurer l'équilibre des comptes face à des besoins jugés légitimes par une population, face à un secteur économique qui participe à l'aménagement du territoire comme à la vie économique de sa ville, l'hôpital est souvent le premier employeur et le secteur hospitalier emploie près d'un million de personnes, et un hôpital qui alimente de manière forte une activité économique et marchande, le tout représentant 35 % des dépenses de santé.

Car nous voilà à la croisée des chemins, soit l'hôpital « s'entrepreneuriise » et perdra à terme ses références de service public, soit l'hôpital demeure dans son statut actuel et son coût rendra son financement impossible comme ne pourra répondre aux évolutions décrites précédemment.

La chance d'être à la croisée des chemins, c'est la capacité de réinventer de nouvelles formes d'organisations, de redécouvrir de nouvelles pistes, bref d'innover. Le risque est de tourner en rond comme de tourner le dos à l'objectif qui reste premier, à savoir le besoin des patients et des malades.

Dans ce moment historique pour l'hôpital public, il ne faudrait pas oublier les valeurs qui les fondent, comme les Hommes qui y travaillent et les principes qui les gouvernent.

Il faudrait surtout se poser et se reposer éternellement la question, est-ce utile pour le patient ? Et pour éviter de tomber dans l'angélisme à laquelle une telle question pourrait conduire, il paraîtrait naturel d'en tirer des conséquences pratiques.

EN EFFET :

- Est-ce utile pour le malade de maintenir des lits, des services de proximité sans des personnels qualifiés, une sécurité et une qualité des soins ?
- Est-ce utile pour le malade de laisser les médecins s'installer où ils le souhaitent sans référence à la réalité géographique et démographique ?
- Est-ce utile pour le malade de voir les hôpitaux s'organiser autour de revendications internes à l'hôpital et continuer à servir le repas du soir aux malades à 17h30 pour permettre à l'équipe des soignants de finir leur service ?
- Est-ce utile pour le malade de voir se multiplier les examens et les prescriptions faute de partager un dossier médical unique ?
- Est-ce utile pour le malade de maintenir des coûts administratifs et logistiques élevés ?
- Est-ce utile pour le malade de se voir hospitaliser une semaine alors que le progrès médical, comme son souhait, serait de pouvoir bénéficier des soins de l'hôpital de jour ?
- Est-ce utile pour le malade de voir son argent financer plus les structures que les missions mais aussi plus les soins que la prévention ?

Comme on le voit, ces questions et d'autres, démontrent la nécessité d'une nouvelle fondation du service public hospitalier de l'hôpital autour d'un thème, qui est l'intérêt général, face à nos intérêts particuliers voire corporatistes. Or c'est bien le lien entre les intérêts individuels et l'intérêt général qui fonde le service public et donc l'intervention de l'Etat ; le CRAPS doit être un des leviers d'une réflexion qui ne peut être que collective face à un enjeu par définition public car sociétal.

Hervé Chapron - Ex directeur général adjoint de Pôle Emploi en charge de l'audit interne

RIEN NE SERT DE RÉFORMER, APPLIQUONS D'ABORD ET SIMPLEMENT VALEURS ET LOIS DE LA RÉPUBLIQUE.



Pour apparaître aujourd'hui comme une évidence, la République n'est pas née pour autant d'un claquement de doigts. Bien au contraire. Il lui a fallu presque un siècle pour s'imposer, surmonter les odieuses attaques de tous bords venues des monarchistes, conservateurs, réactionnaires, fascistes et anarchistes de tous poils. Les valeurs de la République sont désormais le patrimoine commun de tous les Français. Et comme tout patrimoine, elles doivent s'entretenir sous peine de disparition.

Entretenir les valeurs de la République, c'est d'abord appliquer sans attermolement leurs vecteurs d'application que sont les lois votées par les représentants du peuple. Et si la République doit avoir comme bras armé « un gouvernement du peuple, par le peuple, pour le peuple ! », reconnaissons alors que nous n'en sommes plus à notre premier accommodement, voire à notre premier renoncement... Deux exemples factuels, peu significatifs diront certains... et pourtant !, choisis dans la sphère de réflexion du Craps !

Parlons Fraternité, et donc lutte contre le communautarisme, cette gangrène qui ronge insidieusement la cohésion du tissu social. Est-il légitime que des collectivités locales puissent se soustraire aux lois en contre partie du paiement d'une taxe ? N'est-il pas choquant en termes de démocratie sociale que des élus, précisément de la République, choisissent cette voie pour des raisons purement électoralistes ? Je veux parler de la construction de logements sociaux au sein des communes ! Accepter de telles pratiques, pire les mettre en œuvre c'est rejeter avec cynisme un des principes les plus élémentaires mais ô combien constitutif de notre République, la fraternité, et accrédiéter a contrario que le respect des différences est secondaire, que loin de nous enrichir, elles nous seraient dommageables. N'est-ce pas plutôt créer à terme des ghettos, fussent-ils réservés à une population aisée, obsédée par son propre confort matériel et refuser à d'autres un droit fondamental qu'est le droit au logement.

Et que pensez de toutes ces entreprises qui prétendent acheter leur bonne conscience en rédigeant un chèque et ne pas employer des salariés handicapés ?

Entretenir les valeurs de la République, c'est aussi ne pas installer l'injustice là où seule l'égalité devrait s'appliquer dans sa stricte déclinaison. Ne pas créer des castes. A quelques encablures d'une renégociation de la convention de l'Assurance chômage, n'est-on pas en droit de s'interroger pourquoi un salarié et un intermittent du spectacle- qui n'est autre qu'un salarié !- ne sont pas indemnisés face au chômage sur la même base financière ? A qui veut-on faire croire, sans pour autant nier son utilité et son professionnalisme, que l'électricien de plateau participe au rayonnement culturel français ! Est-il acceptable au plan des principes que la notion d'égalité soit bafouée à ce point depuis plus d'un quart de siècle au prétexte de préserver la paix sociale (sic), d'exception culturelle, et de facto de légitimer tous les lobby, action intrinsèquement contraire à l'intérêt général ! De telles conceptions- au profit de 3% des indemnisés- ne font que détruire de manière persistante l'équilibre des comptes publics et donc indirectement appauvrir un peu plus les plus pauvres pour enrichir un nombre infime de sociétés de production !

Ainsi va désormais notre République. D'accouplements en dérives. Et il ne suffit pas de parler ou d'écrire sur les valeurs de la République, encore faut-il les faire vivre. Et d'abord les enseigner. A n'en pas douter, c'est un combat quotidien à une époque de « sur-communication nourrie à l'instantané » qui confond égalité et égalitarisme, laïcité et athéisme.

L'Ecole, institution fondamentale de la République, celle qui lui donne son sens et sa grandeur, peine à enseigner le respect du travail au sein d'une société contrainte de gérer davantage le chômage que l'emploi, le goût de l'effort face à la recherche spontanée de la facilité, l'autorité du savoir malmenée par le monde marchand dans laquelle elle évolue et où tout se traduit en termes de revenus et de fiscalité. Ses bases sont à ce jour fragilisées par ceux-là même qui ont mandat de renforcer son rôle en tant que ciment de notre jeunesse, lieu de partage et de tolérance, espace de liberté par l'apprentissage. L'Ecole se doit d'être libératrice de tous préjugés, de tous clichés. Alors comment recevoir le discours du Président de la République française en ce jour du 20 décembre 2007 ou il proclame, j'allais dire urbi et orbi, dans la basilique Saint-Jean de Latran : « dans la

transmission des valeurs et dans l'apprentissage de la différence entre le bien et le mal, l'instituteur ne pourra jamais remplacer le curé ou le pasteur, même s'il est important qu'il s'en approche, parce qu'il lui manquera toujours la radicalité du sacrifice de sa vie et le charisme d'un engagement porté par l'espérance ».

Dire que l'ascenseur social est en panne, que notre société est confrontée à une fracture sociale ne suffit pas. Les causes, dans un monde passé en une génération de « compliqué à complexe », sont multiples mais je persiste à croire que nos renoncements, nos accommodements coupables avec les principes et valeurs de notre République ne sont pas étrangers à la situation que nous connaissons. A la lecture de Jaurès, « n'ayons aucun regret pour le passé, aucun remords pour le présent... » mais si l'on veut partager une confiance inébranlable pour l'avenir, réapprenons rapidement notre histoire commune, rendons à la République ses hussards (qui peut oser dire que leur engagement de vie n'était pas porté par l'espérance !), instruisons civiquement avant d'éduquer, alors vivrons nos valeurs républicaines dans une société confiante et réconcilier avec elle-même.

ALORS, ON A REÇU DU COURRIER ?

UNE LETTRE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

TIENS, TIENS... JE NE ME SUIS JAMAIS DEMANDÉ QUI AVAIT INVENTÉ LA SÉCURITÉ SOCIALE...

... ET COMMENT ?

HA HA !

OH, BIEN SÛR, ON POURRAIT REMONTER TRÈS LOIN DANS L'HISTOIRE POUR Y TROUVER DES PRÉCURSEURS DE NOTRE "SÉCU" ACTUELLE...

C'EST UNE LONGUE HISTOIRE !

MAIS NOTRE VOYAGE COMMENCE À BERLIN, EN 1883 !

JE TE PRÉSENTE OTTO VON BISMARCK, UN HOMME POLITIQUE ET MILITAIRE ALLEMAND, PREMIER CHANCELIER DE L'EMPIRE.

OH !

PLUTÔT GUERRIER ET CONSERVATEUR, IL EST POUTANT L'INSTIGATEUR D'UN SYSTÈME QUI POSE LES BASES D'UN SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE MODERNE.

QUI ENFIN IL S'AGIT SANS DOUTE D'UN GESTE PLUS POLITIQUE QUE PHILANTHROPIQUE...

MAIS IL A TOUT DE MÊME EU SON IMPORTANCE, CAR ON DIT TOUJOURS DE NOTRE SYSTÈME QU'IL EST BISMARCKIEN.

MAIS... PÉPÉ...

À CETTE ÉPOQUE... L'ALSACE ET LA LORRAINE ÉTAIENT ALLEMANDES, NON ?

TOUT À FAIT !

JE L'AI APPRIS À L'ÉCOLE

MAIS EN 1918, TOUT CELA VA CHANGER. LA FRANCE GAGNE LA GUERRE...

... ET ELLE DÉCIDE D'HARMONISER LA COUVERTURE SOCIALE SUR L'ENSEMBLE DU PAYS, EN L'ALIGNANT AU NIVEAU DE PROTECTION DE L'ALSACE-LORRAINE.

CRÉÉE PAR BISMARCK, DONC.

EN 1930, ON PASSE LE TEXTE DE LOI SUR LES ASSURANCES SOCIALES, QUI PRÉFIGURENT LA "SÉCU" !

C'EST UN SYSTÈME INCOMPLET, MAIS NÉANMOINS UNE GRANDE AVANCÉE !

ET MAINTENANT, PARTONS À LONDRES, EN 1943, EN PLEIN PENDANT LA GUERRE.

NOUS SOMMES DANS LA SALLE DU C.N.A. ... LE CONSEIL NATIONAL DE LA RÉSISTANCE.

HE ! J'AI DÉJÀ VU CE MONSIEUR EN NOIR ET BLANC, À LA TÉLÉ ! IL A ÉTÉ PRÉSIDENT !

ON DIRAIT QU'UNE RÉUNION VIENT DE SE TERMINER !

LE C.N.A. NE FAIT PAS QU'ORGANISER LA RÉSISTANCE CONTRE LES NAZIS. IL PRÉPARE AUSSI UN NOUVEAU MODÈLE DE SOCIÉTÉ DANS L'ESPOIR DE GAGNER LA GUERRE.

BEAUCOUP DE MEMBRES DU COMITÉ ONT ÉTÉ DES POLITIQUES IMPLIQUÉS DANS LA CRÉATION DES ASSURANCES SOCIALES.

PARMI EUX : PIERRE LAROCHE. IL EST CONSIDÉRÉ COMME LE "PÈRE" DE LA "SÉCU" !

ORDONNANCE DU 4 OCTOBRE 1945 : Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent. LA SÉCURITÉ SOCIALE EST NÉE !

EH BIEN QU'ELLE AVENTURE !

fin