

Extrait du Fondation Copernic

<http://www.fondation-copernic.org>

A propos du Care : débat avec Terra Nova

- Histoire et idées -

Date de mise en ligne : mercredi 17 novembre 2010

Fondation Copernic

Résumé de l'intervention de Francis Parny au séminaire de Terra Nova du 16 Octobre au Sénat

« Vous m'avez invité, je pense, plus en fonction de mon courant d'opinion que de la spécialisation que je peux avoir. Je m'en félicite car toute la gauche a besoin, dans la perspective de 2012, de travailler et d'échanger sur les contours de l'alternative aux politiques que nous connaissons depuis des années.

Je parle à partir du document de l'atelier que vous m'avez transmis hier et je constate que les auteurs ont préféré le terme de soin mutuel à celui de care.

Ce document m'a intéressé ; je trouve qu'il traite de cette question du soin mutuel de deux façons. Tout d'abord il mène une réflexion qui croise les politiques publiques, la réduction des inégalités, et les questions de la solidarité. Et par ailleurs, peut-être en filigrane, il questionne les rapports entre l'individu et l'Etat, réflexion importante en termes de projet de société.

Par rapport au concept même de soins mutuels, je veux dire bien sûr, que c'est une réflexion tout à fait positive du point de vue du soin lui-même, du point de vue médical en quelque sorte. Le document indique qu'il s'agit avec le soin mutuel d'une relation dite chaude comparée à une relation froide dont le seul but est curatif. Sans doute, cette question est importante, elle insiste sur l'interactivité de l'acte de soin et j'ai noté dans la salle la présence d'une personne dont l'activité concerne par exemple l'accompagnement des personnes porteuses du VIH. Dans un tel cas, l'accompagnement interactif trouve toute son efficacité puisque le soin ne peut guérir ces personnes.

Le document traite aussi du milieu familial permettant d'accompagner ceux qui ont besoin d'une aide avec la volonté de résorber les inégalités qui existent, notamment de genre, les femmes supportant pour l'essentiel, ces actes d'entraide dont parle le document.

Mais d'emblée, je souhaite faire une première remarque. Il me semble nécessaire de dire que cette relation de soins ne peut être évoquée d'une façon indépendante par rapport à l'ensemble des problématiques de santé. Il me semble notamment nécessaire de souligner la constante dégradation du rapport aux soins de notre population.

Une étude indique aujourd'hui que 23 % des personnes renoncent à se soigner, contre 11 % il y a tout juste un peu plus d'un an.

Ce constat touche bien sûr les familles les plus en difficultés du point de vue du pouvoir d'achat. Mais s'agissant justement de catégories sociales défavorisées, ce sont les mêmes souvent, qui sont le plus victimes de l'organisation du travail dans notre pays, de sa pénibilité, de la maltraitance que nous y constatons.

Certes, le Care traite de quatre types de populations bien ciblés : la petite enfance, les personnes âgées, les personnes atteintes de maladies chroniques, et les personnes handicapées, mais la dégradation constante de l'accès aux soins de notre population, génère bien sûr, une aggravation du nombre de personnes qui à un certain âge se retrouvent dans cette situation.

La deuxième remarque générale que je veux faire, c'est que toutes ces politiques publiques qui entraînent une

dégradation dans l'accès aux soins, fonctionnent de la même façon, très libérale, voire ultralibérale : il s'agit de peser sur la demande pour la diminuer, notamment en augmentant le coût du soin afin de mieux diminuer l'offre en toute réalité. La politique menée sur l'hôpital public est la démonstration éclatante de cet axe libéral.

La troisième remarque c'est que ce secteur n'échappe pas aux logiques de marchandisation et de financiarisation ; l'état joue un rôle important pour identifier les risques, les segmenter et permettre ainsi que l'intervention privée prenne en charge les risques les moins importants, les plus « rentabilisables », en laissant à l'intervention publique la charge des risques les plus lourds. Quant à la financiarisation des questions de santé, elle va même jusqu'à financiariser la dette sociale puisque les fonds du CADES sont aujourd'hui placés sur le marché.

Je veux donc vous dire qu'à mon sens, il est difficile de dissocier la forme de soin que nous donnons et les questions de solidarité, de la question du financement public de l'accès aux soins.

On peut prendre l'exemple de la petite enfance. Le document que vous nous avez transmis montre bien que quel que soit l'accompagnement des parents dans l'acte éducatif à l'égard de leur petit enfant, la nécessité d'avoir une véritable politique de développement des crèches est incontournable.

Mais comment financer ce développement dans le même moment d'ailleurs où la CAF, faute de moyens, se désengage de la gestion de ses crèches ?

J'appartiens à un courant d'opinion qui a réfléchi à cette question et qui propose d'aller vers la création d'**un service public de la petite enfance** par la scolarisation en maternelle de tous les enfants de trois ans, et par la réalisation au travers d'un plan national de crèches, du nombre de lits correspondant aux besoins pour les enfants d'un an et de deux ans. Nous avons chiffré cette proposition, elle nécessite la mobilisation de 5 milliards d'euros de crédits. Je dirai ensuite comment nous pensons possible de financer un tel plan.

Dans votre document vous évoquez cette question du financement des mesures en ciblant particulièrement les fonds qui pourraient être attribués aux départements pour gérer ce soin mutuel. Mais sur cette question, il faut d'abord bien voir que nous sommes dans une situation où les collectivités territoriales, et spécialement les départements, se trouvent dans une impasse financière forte. Sans réforme fiscale concernant ces collectivités, elles ne peuvent absorber aujourd'hui le financement de besoins nouveaux. Et par ailleurs, lorsque vous proposez comme critère d'attribution des fonds le nombre de personnes âgées dépassant 70 ans par département, on sait par expérience que ce critère n'est pas pertinent. La population riveraine par exemple, d'un hôpital comme l'hôpital Rotchild à Paris, ou riveraine de l'hôpital Avicène à Bobigny, ne se trouve pas dans le même état de santé et la pratique par exemple de l'appendicite ne se déroule pas dans la durée de la même façon dans un hôpital et dans l'autre.

Il faut donc bien poser cette question de comment financer une telle politique de la santé.

Nous sommes en Europe, porteurs de trois modèles bien différents, un modèle bismarckien, un modèle lié à Beveridge et ce que l'on appelle le modèle semashko. Certes, ces trois modèles tendent à converger dans la mutualisation entre un système de cotisations sociales et de fiscalisation. Mais en France nous sommes dans la tradition bismarckienne d'un système principalement fondé sur la cotisation sociale. Dès lors se pose la question de savoir comment on prend en compte aujourd'hui l'évolution de ce capitalisme. Nous sommes aujourd'hui dans un capitalisme financier où la part des salaires dans la valeur ajoutée a diminué de huit points en vingt ans en passant de 72 % à 64 % de cette valeur ajoutée et dans le même temps, la place des revenus financiers ne cesse de croître pour passer entre 1998 et 2008, de 24 % à 40 % des profits réalisés. Si l'on prend comme base financière

l'ensemble des revenus financiers cumulés dans notre pays, à savoir environ 305 milliards d'euros - les calculs peuvent contester cette somme, mais à la marge - l'application simple des taux actuels de cotisations patronales permettrait de dégager 39,9 milliards pour la Caisse Maladie, 24,3 milliards pour celle des retraites, et 16,4 milliards pour celle de la famille.

De telles sommes permettraient dans l'immédiat de compenser le déficit de la protection sociale globale et de mener une politique sociale active, comme par exemple la mise en place d'un service public de la petite enfance que j'évoquais tout à l'heure.

Mon positionnement général est donc de dire que c'est **une protection sociale publique** financée et assurée qui seule peut permettre une véritable solidarité ; le soin mutuel ou le care trouvant son efficacité dans ce cadre là.

Sinon nous risquons d'accompagner une évolution qui affaiblit sans arrêt la protection sociale publique au bénéfice d'un mode associatif régulé par l'état et sans moyens véritables, générateurs d'emplois le plus souvent précaires et d'une baisse de la qualité du soin apporté.

Bien sûr votre document ouvre tout une série de pistes sur **la reconnaissance de l'entraïdant, et sur la nécessité de leur formation.**

Concernant les professionnels, je note toutefois que seule la première année de formation est compensée intégralement en termes de revenus. Quant aux bénévoles, si vous insistez sur la possibilité du recours au DIF (Droits Individualisés à la Formation) vous n'indiquez rien en ce qui concerne la rémunération de telles formations pour les bénévoles.

Concernant la « reconnaissance » des entraïdants, vous développez la question du **congé parental** pour la petite enfance. Vous soulignez à juste titre que l'indemnisation « fixe » ne favorise pas la prise de congé parental, mais votre proposition d'assurer une rémunération autour de 80 % du salaire pose problème et ne résout en rien les inégalités dans l'accès à la prise véritable d'un congé parental. On peut penser que les populations payées au SMIC par exemple, auront plus de mal à avoir recours à ce congé que d'autres. Il faudrait donc plutôt jouer sur le plancher de cette indemnisation en fixant un plancher au niveau du SMIC, voire supérieur. Votre document fait par contre des propositions intéressantes d'évolution du congé formation permettant de faire en sorte que plus d'hommes y aient recours et que ce congé soit mutualisé entre les hommes et les femmes.

On peut par contre être sceptique sur la proposition qui dit que la personne qui a besoin d'aide choisisse son aidant au travers de ce mécanisme de rémunération. Il est peu probable que des personnes qui ne trouveraient pas d'aidant dans leur entourage familial, puissent bénéficier d'une aide provenant de catégories sociales ayant des revenus importants. Nous risquons donc une fois de plus, de nous retrouver dans des dispositifs qui aboutissent à la mise en place d'emplois précaires contribuant à la dévalorisation professionnelle et salariale des emplois liés aux soins.

Une réflexion sur la nécessité de réévaluer la reconnaissance des soignants et d'augmenter leur formation, devrait conduire d'abord en premier lieu à des plans de promotion et de qualification des ASH dans les hôpitaux, de déblocage des numéros clausus pour les médecins, les infirmières, et d'une augmentation des rémunérations de ces dernières.

Bien sûr, mon insistance sur la nécessité d'un effort public comme base aux soins mutuels, ne me conduit nullement à être un adepte forcené du modèle Semashko.

Aujourd'hui lorsque je parle de services publics, il ne s'agit pas d'un service étatique, et je vais même souligner que sans doute il y a besoin d'une réforme de l'hôpital, besoin d'un contrôle strict de la dépense publique de santé, mais que tout cela passe à l'évidence aujourd'hui par un renforcement des investissements nécessaires aux économies de demain.

Quant aux formes de gestion, loin de toute conception de sommet de service public, nous sommes partisans d'appropriation sociale nouvelle.

Ce terme d'appropriation sociale est d'ailleurs l'image collective qui correspond le mieux à la relation existant entre l'aidant et l'aidé dans le soin mutuel. Il va donc de soi que toutes les questions de santé devraient être gérées avec une représentation de ceux qui sont le plus concernés : les usagers à commencer par un retour à la gestion paritaire de la sécurité sociale.

Je m'inscris dans la démarche qui était celle par exemple de l'université d'été d'Attac, dont l'intitulé d'un des séminaires était : « Biens communs, nouveau paradigme politique » dans la logique de transformation sociale. Dans le domaine de la santé, nous sommes bien dans le cas de figure d'un bien commun à partager, ce qui suppose encore une fois un investissement public, une gestion paritaire et une pratique de la solidarité garantie par l'investissement public qui permette de démultiplier toute pratique de soins mutuels interactive entre les aidés et les aidants.

Je termine par un positionnement concernant ce que j'ai senti en filigrane dans votre projet, le rapport entre l'individu et l'état dans le projet de société que nous souhaitons développer.

Sans aucun doute, la relation entre individus doit être réévaluée et la place de la personne, la place des individus dans une alternative politique également fortement réévaluée.

Les « politiques » ont trop souvent eu tendance à oublier que les utopies qu'ils portent - qu'ils devraient porter - doivent servir avant tout l'émancipation humaine. Mais je veux préciser que dans mon esprit il ne s'agit pas d'émancipation collective, mais d'émancipation de chacune et de chacun dans notre société à partir des potentiels qu'il porte et d'une action publique permettant à chacune et à chacun d'exercer des droits définis comme accessibles à tous, quels que soient leur milieu social et leur condition de naissance.

Je me situe bien sûr, non pas dans un modèle où les individus sont isolés l'un par rapport aux autres, où ils s'opposent dans un jeu de concurrence et où l'état n'aurait comme seule fin que ses missions régaliennes permettant de traiter les conflits, par la justice ou par la police, d'établir la sécurité des biens et des personnes, alors que le rapport entre les individus serait réglé par la concurrence à l'intérieur du marché.

Je pense au contraire, que les individus se constituent dans le cadre des rapports sociaux qui existent dans notre société et des conditions d'appropriation qui leur sont données de leur histoire individuelle et de leur histoire commune.

Je pense évidemment qu'une intervention publique peut faire évoluer des rapports sociaux pour conduire à plus de justice, de solidarité et d'égalité.

Cela ne me fait pas du tout - puisque le terme a été évoqué par Marc Olivier Padis dans son introduction - tomber

dans une admiration béate de « l'état providence ». Encore que le critiquer est quelque part infamant puisqu'il tend à considérer que tout individu se tourne vers l'état pour résoudre ses problèmes et demande uniquement de l'assistance.

L'état est en fait, l'ensemble des citoyens et ce sont eux qui créent les richesses que nous avons à répartir. L'action politique, en tant que « gestion de la cité » est une action qui au travers de la répartition des richesses qu'elle propose conduit les questions de solidarité d'une façon ou d'une autre. La gestion collective de ces richesses est aujourd'hui indispensable si l'on veut notamment préserver les biens communs des lois concurrentielles du marché.

Tony Judt, historien anglais, disait que le contraire de l'état providence c'était l'état concierge en soulignant que cette dernière contrôle les entrées et les sorties de l'immeuble. **(1)**

Ma conception c'est que l'état ne doit pas simplement contrôler les entrées et les sorties dans notre société mais agir pour que les individus, les personnes puissent bénéficier des mêmes droits, des moyens pour faire en sorte que ces droits deviennent effectifs et de la possibilité de gérer collectivement l'ensemble des solidarités nécessaires à notre société. »

(1) In « Après guerre, une histoire de l'Europe depuis 1945 »