

Après - demain

Le n° 8 € ■ N° 468

Octobre-Novembre 2004

FONDÉ PAR LA LIGUE DES DROITS DE L'HOMME EN 1957

LA RÉFORME DE L'ASSURANCE-MALADIE

AUTEURS ET IDÉES-CLEFS

Sommaire détaillé

2

JEAN-PIERRE DUBOIS

Editorial

3

PIERRE CONCIALDI

Aux fondements
de l'assurance-maladie :
assurance, assistance, solidarité

5

JEAN-MARIE HARRIBEY

Le financement
de la Sécurité sociale :
un débat politique

11

PIERRE VOLOVITCH

Assurance-maladie :
quels diagnostics
pour quelle réforme ?

17

GABY BONNAND

Savoir se montrer
à la hauteur de l'enjeu

21

PIERRE-YVES CHANU

La réforme de l'assurance-maladie,
une rupture avec les principes
du système fondé
par Ambroise Croizat
et Pierre Laroque

24

PIERRE COSTES

Quelle place
pour la médecine libérale
dans l'assurance-maladie

29

JACQUES BELGHITI

L'hôpital, bien public,
service public

31

DOSSIER MÉDICAL INFORMATISÉ

33

LIVRES

35

DIRECTRICE :
Françoise Seligmann

RÉDACTEUR EN CHEF :
Jean-Pierre Dubois

RÉDACTION,
ADMINISTRATION :
BP 258-07
75327 Paris Cedex 07

Non vendu
dans les kiosques

ISSN 0003-7176

Renseignements
en dernière page

Prochain numéro :

UNE FRANCE SÉCURITAIRE ?

AUTEURS ET IDÉES-CLEFS DE CE NUMÉRO

Numéro réalisé sous la direction de Marie-Christine VERGIAT

■ P. 3 “Nouveau monde”, nouvelle Europe ?

par **Jean-Pierre Dubois**
Editorial.

■ P. 5 Aux fondements de l'assurance-maladie : assurance, assistance, solidarité

par **Pierre Concialdi**, chercheur à l'IRES, montre ici les enjeux politiques des choix effectués en matière de protection sociale au cours des dernières années, la solidarité étant plus que jamais écartelée entre les notions d'assurance et d'assistance dans un contexte de rigueur budgétaire qui privilégie une logique purement économique de coûts. Un mouvement de grande ampleur a bouleversé les politiques sociales un peu partout en Europe en s'appuyant sur l'évolution des prix et non de la richesse nationale et en restreignant de plus en plus les conditions d'accès aux prestations. On aboutit à une “sélectivité” croissante qui réserve certaines prestations aux plus modestes (logique d'assistance) et resserre pour les autres les liens entre cotisations et prestations (logique d'assurance), ouvrant la voie à la privatisation. Pierre Concialdi y voit la conséquence d'une dépolitisation et donc d'une délégitimation des processus politiques à travers lesquelles les règles de protection sociale sont mises en œuvre. Il insiste sur les dangers de la prise en compte de la seule dimension économique des questions relatives au financement alors que les enjeux là aussi sont d'abord politiques puisqu'ils mettent en cause la nature et le sens des prélèvements. Cette logique libérale qui prévaut n'est pas nouvelle : elle met en avant toujours les mêmes oppositions désormais séculaires. On ne s'interroge plus sur le principe de la protection sociale mais sur le niveau de la protection obligatoire niant le rôle redistributif de ces prestations et leur concours à la lutte contre les inégalités. A terme, c'est le marché qui définit le champ de la solidarité. La question centrale est celle de la légitimité des processus de décision mettant en cause les formes de démocratie sociale, l'exercice de la citoyenneté sociale. La question sociale étant plus que jamais d'actualité.

■ P. 11 Le financement de la Sécurité sociale : un débat politique

par **Jean-Marie Harihbey**, Professeur à l'université de Bordeaux IV, membre d'ATTAC, montre en quoi les choix en matière de financement de la protection sociale sont lourds d'enjeux politiques et combien ces choix sont porteurs de contradiction. Au moment où une logique de privatisation progressive est en œuvre via la réduction de l'assurance obligatoire au profit des assurances et des mutuelles, deux questions sont essentielles : faut-il modifier les modalités de calcul des cotisations sociales ? et quelles seraient les conséquences d'une fiscalisation de la protection sociale ? C'est le sens des prélèvements obligatoires qui est en jeu, c'est-à-dire le poids de la socialisation des richesses. La protection sociale est une partie du salaire qui permet la reconstitution de la force de travail et donc la reproduction du capitalisme ; elle ne sert pas à payer les salariés à rien faire comme l'a toujours laissé entendre une partie du patronat. La protection sociale a autant de raison d'être fiscalisée que l'éducation et ce d'autant plus que la logique d'un droit universel à la santé de la naissance à la mort permet de dépasser le cadre de la masse salariale. La question n'est pas celle du principe de l'impôt mais celle de sa nature et de son assiette (sur qui repose l'impôt). En fait, la question qui est posée est de savoir qui perdra dans la nouvelle distribution : les salaires, les profits globaux ou les seuls revenus non réinvestis. Le financement de la protection sociale

étant d'abord une question de redistribution entre salaires et profits, l'emploi est une manière de répartir la richesse produite (le chômage restreignant la masse salariale). Toute augmentation des cotisations quelle que soit sa nature déplace la frontière entre salaires et profits. Enfin, il refuse l'affirmation selon laquelle la taxation des plus values mettrait en cause notre compétitivité, notamment parce que le modèle de pays développés ayant le monopole des productions “high tech” et laissant aux pays en voie de développement les “low tech” ne peut pas tenir à long terme et qu'il est de surcroît indéfendable pour les défenseurs d'un monde plus solidaire. Quels que soient les choix faits entre prélèvements effectués au plus près de la répartition primaire (confrontation au sein des entreprises) ou renvoyés après distribution primaire (confrontation par ménages interposés), c'est une question de rapport de forces sociales qui est en cause.

■ P. 17 Assurance-maladie : quels diagnostics pour quelle réforme ?

par **Pierre Volovitch**, économiste, chercheur à l'IRES.

Invité devant le comité central de la LDH en mai dernier, avant même que l'on ne connaisse le contenu réel de la réforme, Pierre Volovitch avait dressé un tableau du système de santé dont la pertinence a gardé toute son actualité. Son analyse éclaire notamment sur la concentration des dépenses sur une partie de la population, sur les gros risques essentiellement pris en charge par le secteur hospitalier soumis à fort remboursement et sur les inégalités sociales et régionales en terme d'accès aux soins. Ce constat rend assez illusoire les options gouvernementales qui pèsent essentiellement sur les petits risques (cf. fraudeurs, ...). Il insiste également sur le rôle des professionnels de santé et notamment des médecins qui réclament la liberté tarifaire et refuse la régulation comme si la santé n'avait pas de prix. Il relativise le poids du déficit notamment comparé à celui de l'Etat, s'interroge sur les charges indues réelles et supposées et rappelle que le principe de base de la sécurité sociale qui est la solidarité ne doit pas être confondue avec les techniques que sont l'assurance et l'assistance.

■ P. 21 Savoir se montrer à la hauteur de l'enjeu

par **Gaby Bonnand**, secrétaire national de la CFDT.

Pour la CFDT, les enjeux de la réforme de l'assurance-maladie doivent tenir compte de son histoire et de son évolution, c'est-à-dire de son passage d'un simple système de garantie de rémunération en cas de maladie à un système d'accès aux soins pour tous même si des inégalités persistent. L'enjeu se situe donc en termes d'organisation des soins et de pilotage du système afin de le rendre compatible avec les évolutions techniques et démographiques et non simplement en termes financiers. C'est pourquoi l'ensemble des partenaires, y compris les complémentaires mais aussi les usagers, doit être associé à la gestion du système et une meilleure coordination des soins doit notamment permettre une régulation des inégalités territoriales. Une telle réforme pose la question de la nature des prélèvements : un système assurant à 94% les dépenses de soins ne peut reposer sur les seuls revenus du travail mais doit au contraire être assis sur l'ensemble des revenus. Et ce d'autant plus que les inégalités devant la maladie, même si elles sont en partie biologiques, sont avant tout sociales et imposent donc la solidarité.

■ P. 24 La réforme de l'assurance-maladie, une rupture avec les principes du système fondé par Ambroise Croizat et Pierre Laroque

par **Pierre-Yves Chanu**, conseiller fédéral de la CGT, membre du haut comité pour l'avenir de l'assurance-maladie

Si tout le monde est d'accord sur la nécessité d'une réforme de l'assurance-maladie, celle qu'a entreprise le gouvernement actuel semble, comme pour la retraite, tourner le dos aux principes fondateurs de la Sécurité sociale. Il y a d'abord mensonge sur les causes de la croissance des dépenses médicales due non à la surconsommation, aux gaspillages et à la fraude, ni même vraiment au vieillissement de la population mais au coût des maladies longues et coûteuses. Pour la CGT, il y a donc avant tout un choix de société qui passe par une réforme autour de trois axes : un système de soins plus efficace, un retour à la démocratie sociale et une réforme du financement. La réforme gouvernementale, pour sa part, cherche à rendre coupable une partie des assurés sociaux et à faire croire que le déremboursement d'une partie des dépenses médicales est inéluctable. C'est une véritable étatisation qui est mise en place sous couvert de paritarisme rénové, et ce dans une logique de pur redressement comptable. A terme, c'est le risque d'un système à l'américaine qui pèse sur nous.

■ P. 29 Quelle place pour la médecine libérale dans l'assurance-maladie

par **Pierre Costes**, président de MG France :
Quelle place pour la médecine libérale dans l'assurance-maladie

Pierre Coste, insiste sur les trois éléments clés de la réforme gouvernementale : la contractualisation effective et nationale avec les professionnels de santé permettant au système de santé de marcher sur ses trois pieds (assurance obligatoire, assurance complémentaire et professionnels de santé) ; le rôle du médecin généraliste notamment dans la détermination des soins de première intention et la nécessité de coordination avec les médecins spécialistes ; le stigmate comptable que constitue la franchise de 1 euro. Il dénonce les faux semblants du dossier électronique dès lors que l'on ne se donne pas les moyens d'en faire un véritable instrument de partage des données.

■ P. 31 L'hôpital, bien public, service public

Entretien avec le **professeur Belghiti**, PUPH, chef du service de chirurgie viscérale à l'hôpital Beaujon (Assistance publique de Paris)

Le professeur Belghiti réaffirme avec force le rôle de l'hôpital public et sa mission de service public qui ne peut être comptabilisée uniquement en termes d'actes et qui comporte un rôle de proximité. Il insiste surtout sur la fonction et la richesse de la complémentarité entre recherche, enseignement et soins dans des CHU au cœur du progrès médical, qui fait de la médecine française une des meilleures du monde. Il dénonce les risques de parasitisme de cette mission par le développement d'activités libérales et de contraintes administratives et craint que la réforme actuelle ne soit purement budgétaire. Il fait pourtant confiance au corps médical dans sa grande majorité pour garantir l'avenir du système de soins et répondre au niveau d'exigence croissante des malades et aux défis de l'augmentation de l'espérance de vie.

■ P. 33 Dossier médical informatisé

Pour que le patient reste maître du partage de l'information sans être pénalisé : Appel publié le 22 juillet 2004

Jean-Pierre DUBOIS

“Nouveau monde”, nouvelle Europe ?

Editorial

DEPUIS plus de deux siècles, le “rêve américain” hante l'Europe. Du mythe fondateur de l'amitié franco-américaine – La Fayette et Washington combattant le même ennemi pour fonder la liberté dans un pays neuf – à la solidarité transatlantique de la “guerre froide” ou la figure du “monde libre”, d'incessantes répétitions scandent la fascination du “Vieux continent” pour le “Nouveau monde”. C'est Napoléon qui, dans un dernier geste politique, tente à La Rochelle d'embarquer vers un dernier asile ; c'est Tocqueville qui donne à voir dans “la démocratie en Amérique” un mixte inédit de liberté et d'égalité ; c'est le “retour de service” de 1917

(“La Fayette, nous voici !”) et combien davantage encore de juin 1944 (l'Europe libérée, pour l'essentiel par “l'extérieur”, de sa plus monstrueuse production). C'est aussi, aujourd'hui plus que jamais, l'emprise forte et constante d'une “culture américaine” hétéroclite sur des courants extrêmement divers : amateurs des “Raisins de la colère” mais aussi de “La fièvre du samedi soir”, de Thoreau mais aussi de John Wayne, du blues et du jazz mais aussi du rap, de Cassavetes mais aussi de “westerns” fantasmatiques, etc.

La vieille Europe ne peut détacher son regard de cette “fille” qui lui a échappé dans un prologue de “décolonisation blanche”. Elle fait penser à ces parents qui ne voient

en leur enfant que leur prolongement et sous-estiment les ruptures, qui envient la force de la jeunesse tout en ne supportant pas ce qu'elle piétine... “Amérique” rêvée qui renseigne plus sur le rêveur que sur ce qu'il croit voir.

Mais aujourd'hui cette étrange relation, où la dépendance européenne est peut-être plus culturelle encore qu'économique ou militaire, se joue sur une scène bien plus large : il ne s'agit plus d'un “Nouveau Monde” métaphorique (une “nouvelle Europe” fondée par des aventuriers d'origine européenne), mais du monde réel, “nouveau” en ce que sa totalité existe désormais vraiment. Nous devons par exemple, si nous regardons vers l'avenir, cesser de prendre les “Etats-Uniens”, qui sont

293 millions, pour les "Américains", qui sont trois fois plus nombreux : le choix des mots reflète et conditionne souvent les modes de pensée.

En ce sens, ce que nous appelons "mondialisation", qui pour une large part succède à la colonisation et naît de son reflux, signifie d'abord que l'Europe doit relativiser l'image qu'elle entretient d'elle-même. Les "Puissances" des Temps modernes étaient européennes ; celles du "XXème siècle court" (de 1914 à 1991) étaient soit une projection paradoxale de l'Europe (les USA), soit un voisin en quelque sorte semi-européen (l'URSS). Désormais, les puissances émergentes, que ce soient le Japon hier, la Chine aujourd'hui ou l'Inde demain, sont dans un autre rapport avec le "Vieux continent" qui a dominé le monde. Diversité et rééquilibrage sont des faits, là encore peut-être essentiellement culturels, qui s'imposent aussi sur le terrain géo-politique.

Or les rapports politiques ont presque toujours du retard sur les rapports de forces réels. Les USA ne sont plus le bouclier d'hier face à l'Est ; ils sont depuis quinze ans "la" superpuissance impériale (militaire, technologique et financière) ; et surtout ils ont, contrairement à ce que suggère le complexe de supériorité propre aux Européens, pris de l'avance sur nous dans l'enregistrement de données nouvelles et fondamentales.

C'est ainsi que l'Europe n'est plus, pour les dirigeants US, le partenaire "naturel" ni même principal. L'Asie émergente comme rival, l'Amérique latine comme périphérie à maîtriser, sont autrement structurantes dans leurs rapports avec l'extérieur. Au-delà des péripéties idéologiques (les "néoconservateurs" apprentis sorciers ayant succédé aux libéraux assumant un leadership plus policé de la "globalisation"), cette mutation perdurera.

Elle contraint l'Europe à exister par elle-même, à s'affranchir de sa dépendance culturelle et stratégique, et à prendre au sérieux l'idée d'un monde multipolaire (qui, heureusement, ne se résoud pas à un choix d'alliés plus ou moins recommandables face à l'unilatéralisme impérial, comme ce fut le cas à propos de la première phase de la guerre d'Irak). Et elle pose la question d'une restructuration de la "communauté internationale", en termes à la fois d'institutions (reconfiguration du Conseil de sécurité des Nations Unies), de valeurs communes (lien entre démocratie et développement) et de nouveaux équilibres entre forces démographiques, économiques et culturelles.

Penser le monde qui vient, c'est donc pour les Européens être plus au clair sur ce qu'ils sont et sur ce qu'ils veulent. C'est choisir un certain "modèle de société" (une certaine régulation, ou non, des marchés et des inégalités qu'ils produisent), un certain "modèle de puissance" (face au "droit de la force", la "force du droit" suppose que le droit ne soit pas sans force) et un certain "modèle de valeurs" : l'universalisme européen ayant eu sa part d'ombre comme sa part de Lumières, l'Europe doit aujourd'hui le prendre plus au sérieux, donc dépasser la contradiction entre attachement à l'universel et prise en compte de la diversité des cultures. Pour faire court, les Européens ne peuvent plus se penser comme les seuls porteurs de "civilisation", ni même oublier que ce mot n'a pas de sens acceptable si on ne l'écrit qu'au singulier.

Qu'il s'agisse de sa position dans les conflits majeurs de l'heure (Irak, Israël/Palestine, tensions aux "marchés" russes ou chinoises), de son attitude à l'égard des migrations et de sa diversité culturelle "interne" (en particulier quant aux conditions de compatibilité entre interprétations de l'Islam et "modernité occidentale") ou du type d'économie de

marché qu'elle construira (ou qu'elle subira, ne pas choisir étant ici encore choisir), l'Europe est confrontée à un double défi : celui de la lisibilité (existe-t-elle de manière cohérente et identifiable dans le jeu mondial ?) et celui de la lucidité (ses peuples et ses dirigeants ont-ils pris la mesure et tiré les conséquences de la recomposition du monde qui ne fait que commencer ?)

Tant que ces questions ne seront pas sérieusement débattues sur un forum accessible à l'ensemble des citoyens d'Europe (c'est-à-dire de tous les êtres humains, quelles que soient leurs nationalités d'origine, qui y vivent et qui y travaillent), les discours sur la construction européenne et sur sa démocratisation ne pourront être entendus qu'au mieux comme des refrains à bon marché, au pire comme une ruse confiscatoire de l'avenir. Les décisions à prendre dans les mois qui viennent, qu'il s'agisse de la fondation d'institutions politiques européennes ou de l'élargissement de l'Union et de ses limites (non seulement géographiques mais aussi historiques, culturelles et politiques), constituent de ce point de vue une chance à saisir (à supposer, et le pari doit en être pris, qu'il en soit encore temps).

Mais le décalage est pour le moment cruel entre les enjeux, complexes et cruciaux, et le niveau des controverses, biaisées et instrumentalisées de toutes parts. Sur ce plan aussi, il est urgent de mettre l'offre politique à la hauteur de la demande, si nous voulons que les Européens deviennent réellement "sujets de leur propre histoire". Le repoussoir idéal que constitue George Walker Bush réélu, légitimé et plus sûr de lui que jamais ne suffira pas à définir un avenir acceptable sur le seul mode de l'effet de contraste. Pour l'essentiel, l'Europe nouvelle reste à construire.

Pierre CONCIALDI

Aux fondements de l'assurance-maladie : assurance, assistance, solidarité

Ce texte est extrait d'un article de Pierre Concialdi, chercheur à l'Ires, paru dans la Revue de l'Ires, n°30, 1999. L'article s'intitule : "Pour une économie politique de la protection sociale". On consultera avec profit les nombreuses ressources du site de l'Ires, en particulier l'ensemble des articles de ses publications qui sont disponibles en ligne : www.ires-fr.org. Les notes, la bibliographie et les encarts ne sont pas reproduits. Le choix des extraits a été fait par la rédaction [DG]

Depuis deux décennies, la protection sociale est soumise à de multiples pressions et tensions. Ceci se manifeste dans les discours et, notamment, dans les usages du concept de solidarité qui se trouve, en quelque sorte, écartelé entre deux pôles – ceux de l'assistance et de l'assurance – qui fondent des conceptions

radicalement différentes de la protection sociale. Ces tensions se concrétisent non seulement par des réformes explicites de notre système de protection sociale – par exemple en matière d'assurance chômage ou de retraite – mais aussi par la domination d'une logique gestionnaire.[...]

LA POLITIQUE DE MAÎTRISE DES DÉPENSES SOCIALES

LES quinze dernières années ont été marquées par une politique rigoureuse de maîtrise des prestations sociales. Si le terme même de maîtrise a une longue histoire dans les débats qui ont agité les commissions de concertation du Plan dans les années soixante et soixante-dix, c'est principalement depuis le tournant de 1983 que cette politique a été menée à la fois avec le plus de continuité et de consistance. Rétrospectivement, l'ampleur des changements opérés traduit une réorientation profonde des politiques sociales, ce mouvement n'étant pas d'ailleurs spéci-

fique à la France. L'analyse permet de repérer deux leviers majeurs utilisés par les pouvoirs publics pour conduire cette politique de maîtrise des dépenses sociales. D'un côté, les barèmes de prestations ont été, pour l'essentiel, revalorisés uniquement sur la base de l'évolution des prix, sans prendre en compte la croissance de la richesse nationale. De l'autre, les conditions d'attribution des prestations sont devenues de plus en plus restrictives. En d'autres termes, de moins en moins de salariés ont désormais accès à un droit commun de la protection sociale. En conséquence, ces deux facteurs, sur lesquels les pouvoirs publics ont une relative maîtrise, contribuent de moins en moins à la croissance des prestations depuis 1982. Réciproquement, le poids des facteurs démographiques et économiques, difficilement maîtrisables par les pouvoirs publics, s'est accru. Depuis cette date, ces deux derniers facteurs expliquent environ 60% de la croissance des prestations, contre moins de la moitié entre 1978 et 1982 et un peu plus de 20% entre 1970 et 1978. L'action sur les barèmes est à la fois celle qui est la plus simple à mettre en œuvre et celle qui produit les effets les plus immédiats et les plus visibles pour les décideurs. Les modifications des conditions d'attribution des prestations sont, dans certains cas, moins perceptibles et, surtout, leurs effets sur la croissance des dépenses sociales sont généralement plus graduels. Le resserrement des conditions d'attribution des prestations a emprunté deux voies symbolisées par deux néologismes : la sélectivité et la contributivité. La sélectivité consiste le plus souvent à réserver l'octroi de prestations aux ménages les plus modestes. [...] L'application de règles de plus en plus contributives consiste, en revanche, à resserrer le lien entre les cotisations versées et les prestations reçues. Ces transformations de notre système de protection sociale constituent un changement politique majeur. [...]

L'EFFACEMENT DES SOLIDARITÉS...

LES restrictions ayant affecté l'ouverture des droits à prestations sont multiples [et] certaines réformes apparaissent emblématiques. C'est le cas notamment des réformes de l'indemnisation du chômage, avec les décrets de 1982 puis les accords de 1984 ayant entériné la séparation entre "assurance" et "solidarité" réclamée de longue date par le patronat. Un changement de même nature a été introduit dans le système de retraite avec la réforme de 1993 créant le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dont l'objet est de financer les prestations considérées comme "non contributives". Dans les deux cas, la notion de "contributivité" apparaît au cœur des motifs qui ont légitimé ces réformes. La notion de contributivité se dérobe à toute définition précise. Pour certains, le simple fait d'avoir cotisé définit le caractère contributif d'une prestation. Pour d'autres, le caractère contributif désigne une "stricte" proportionnalité entre le montant des cotisations et celui des prestations. Cette ambiguïté a favorisé une interprétation nouvelle de ce concept, interprétation radicalement différente de la perspective politique qui avait inspiré le principe d'un financement par la cotisation sociale.[...] Par rapport à cette idée originelle d'une contribution légitimant un droit, un glissement sémantique s'est produit qui a conduit peu à peu à désigner à travers l'idée de contributivité le fait que les prestations reçues doivent être strictement proportionnées aux cotisations versées. Dans cette acception aujourd'hui dominante, le caractère contributif d'une prestation est généralement défini par le fait que seuls les cotisants directs devraient en bénéficier. C'est ainsi que les prestations familiales, désormais ouvertes à tous, sont qualifiées de non contributives. Dans le même ordre d'idées, certains préconisent de renforcer le caractère contributif

de la protection sociale en établissant un lien plus étroit entre le montant des cotisations versées et les prestations reçues. A la limite, les cotisations sociales sont perçues comme de simples cotisations d'assurance marchande et devraient reproduire les inégalités engendrées par le marché du travail. Ainsi, une règle politique de distribution des ressources s'est substituée à une règle politique de légitimation d'un droit. Une telle substitution constitue un changement majeur. Les avantages qualifiés de non contributifs ne constituent, en effet, que la partie émergée et la plus visible des multiples solidarités organisées à travers notre système de protection sociale. Car les solidarités qu'opèrent les régimes d'assurance sociale sont à facettes multiples. [...] A la limite, le critère de contributivité débouche sur une individualisation totale de la protection sociale qui peut ouvrir la porte à diverses formes de privatisation où les normes de protection sociale seraient alors dictées par le marché selon une règle de neutralité actuarielle, ce qui constitue la négation des principes qui ont guidé sa construction.

L'autre levier mobilisé par les pouvoirs publics pour freiner l'évolution des prestations sociales a consisté à indexer – au mieux – les prestations sociales sur l'évolution des prix. [...] Une telle règle oriente les principes de distribution à l'œuvre dans le système de protection sociale dans un sens incompatible avec la logique salariale de la protection sociale. En d'autres termes, la pérennisation d'une règle d'apparence gestionnaire – la stabilité du pouvoir d'achat des prestations – traduit un choix de nature politique. Un tel choix peut apparaître contradictoire avec l'idée d'une plus grande contributivité. La logique contributive conduit, en effet, à resserrer le lien entre le niveau des prestations et le niveau des salaires, tandis que la règle d'indexation sur les prix aboutit à déconnecter l'évolution des presta-

tions de sa référence salariale. Cependant, cette contradiction n'est qu'apparente. Car ces deux changements participent d'un même mouvement visant à réduire le champ des solidarités organisées à travers le système de protection sociale. Certes, avec une règle d'indexation sur les prix, les salariés se trouvent, en quelque sorte, prémunis contre le risque d'inflation. Mais l'abandon de la référence salariale fait bien disparaître un degré de solidarité, de la même façon que la règle de la contributivité, telle qu'elle est aujourd'hui définie, conduit à placer hors du champ des assurances sociales certaines formes de prestations. Les deux leviers mobilisés par les pouvoirs publics pour mettre en œuvre la politique de maîtrise des dépenses sociales organisent ainsi le dépérissement graduel des principes de solidarité qui sont au fondement de la sécurité sociale. Cette politique est sans doute moins violente et, surtout, moins visible que des réformes frontales qui remettraient explicitement en cause cet acquis majeur du salariat, mais ses effets pourraient s'avérer être, à terme, aussi destructeurs. Certes, les transformations intervenues dans notre système de protection sociale ont d'abord touché les catégories les plus fragiles, le noyau dur du salariat restant relativement épargné. Cependant, ce serait probablement une erreur de penser que les débats autour de la protection sociale se réduiraient à une opposition de plus en plus forte entre les intérêts de ceux qui se retrouvent aux marges du salariat et ceux qui continuent d'avoir accès au droit commun de la protection sociale. Car la logique qui sous-tend ces réformes porte en germe la déstabilisation de l'ensemble des solidarités salariales. L'accumulation de micro-réformes transforme insensiblement les principes qui sont à l'origine de la sécurité sociale. Dans ces conditions, la prolongation de ces tendances ne peut que déboucher sur un point de rupture qui n'est, peut-

être, plus si éloigné. En d'autres termes, on peut craindre que la politique poursuivie depuis quinze ans ne prépare le terrain à des régressions plus radicales et plus brutales de la protection sociale.

...AU PROFIT DE LA LOGIQUE MARCHANDE POUR MIEUX INFORMER

LES réflexions précédentes mettent l'accent sur ce qui disparaît ou s'efface au travers du processus politique engagé depuis quinze ans. Ce mouvement contribue à remodeler les contours de notre système de protection sociale selon des modalités qui restent ouvertes mais qu'il est néanmoins possible de caractériser. A cet égard, l'hypothèse générale que l'on peut formuler est celle d'une pression de plus en plus forte de la logique marchande dans les mécanismes de protection sociale. Plusieurs observations permettent d'étayer cette hypothèse. Ainsi, la rétractation de la protection sociale est contemporaine du dogme de la limitation des prélèvements obligatoires qui s'est imposé depuis quinze ans. Ceci n'est finalement guère surprenant. D'abord parce qu'il est plus facile de stigmatiser les prélèvements que les dépenses sociales que ceux-ci contribuent à financer. Ensuite et, surtout, parce que l'essentiel des prélèvements – plus des trois-quarts – financent des dépenses sociales. Politique de maîtrise des dépenses sociales et limitation des prélèvements obligatoires constituent donc les deux faces d'une même réalité. Le corollaire mécanique de la limitation ou de la baisse des prélèvements obligatoires est la hausse des prélèvements que l'on pourrait qualifier de non obligatoires. Pour le dire plus concrètement, la maîtrise des dépenses sociales a pour effet d'ouvrir un espace supplémentaire pour le développement de la sphère marchande et ce, au sein même de la protection sociale. Cette tendance

apparaît nettement dans le domaine des retraites et de l'assurance maladie. Dans la mesure où ces deux branches de la protection sociale représentent plus des trois-quarts du marché (potentiel) de la protection sociale, il n'est guère étonnant qu'elles constituent la cible privilégiée des entreprises d'assurance, lesquelles ne font d'ailleurs pas mystère de leurs intentions. Dans le même esprit, les tentatives d'introduction de mécanismes concurrentiels dans la gestion de la protection sociale contribuent à renforcer le poids de la logique de marché. Restriction du champ obligatoire de la protection sociale, d'un côté, appropriation – ou tentatives d'appropriation – par les entreprises marchandes du marché de la protection sociale, de l'autre : tels sont les deux axes par lesquels la logique de marché tend à s'introduire dans la protection sociale. [...]

Pour rendre compte des transformations en cours, notre hypothèse est que l'efficacité des solidarités organisées à travers le système de protection sociale dépend des processus politiques à travers lesquelles les normes et les règles de la protection sociale sont définies et légitimées. Plus précisément, la force de ces solidarités dépend en grande partie de l'exercice effectif de droits politiques par l'ensemble du corps social. Si l'on suit ce raisonnement, le dépérissement graduel de la protection sociale serait ainsi le symptôme d'un déficit démocratique qui frappe l'ensemble des sociétés salariales des pays développés, sans se limiter d'ailleurs à elles. [... C'est] la faiblesse des droits politiques et la pauvreté des processus démocratiques qui permettent, selon nous, de rendre compte du paradoxe selon lequel la légitimité sociale des systèmes de protection sociale reste forte tandis que leur légitimité politique – telle qu'elle s'exprime aujourd'hui à travers le jeu institutionnel – devient de plus en plus faible.

LES DIMENSIONS POLITIQUES DE LA PROTECTION SOCIALE

UN tel diagnostic permet d'éclairer un certain nombre de débats et de réformes récentes. Il soulève, par ailleurs, de multiples interrogations. La question des modes de financement figure parmi les débats récurrents dans le domaine de la protection sociale, notamment en France. Ce débat est essentiellement nourri aujourd'hui par des analyses économiques qui tentent d'identifier les avantages comparés, notamment en matière d'emploi, des diverses méthodes de financement. Ce faisant, la dimension proprement politique de cette question est reléguée au second plan, voire occultée des débats. [...] Le débat sur le financement de la protection sociale ne prend sens que par rapport à l'inscription politique propre à chaque type de prélèvement et à la légitimité qui en découle. Dans ces conditions, soutenir que la fiscalisation de la protection sociale correspond, dans le contexte actuel, à des stratégies régressives n'interdit pas de souligner que, à plus long terme, il est nécessaire de concevoir et d'encourager le développement de processus politiques qui permettraient de légitimer d'autres formes de prélèvements et, plus généralement, d'inscrire la protection sociale dans la perspective d'une citoyenneté sociale effective. A cet égard, la réforme de 1995, qui a confié au Parlement le vote d'une loi de financement de la sécurité sociale, pourrait apparaître comme une avancée dans le processus de démocratisation de la protection sociale. Mais ce changement est loin d'être dénué d'ambiguïté. Précisément pour les raisons que nous avons déjà évoquées. Car transférer les centres décisionnels vers le pouvoir politique dans une période où la légitimité des classes politiques se trouve profondément remise en cause risque, à notre sens, d'accentuer la perte de légitimité politique de la protection sociale. C'est l'exercice

effectif de droits politiques par l'ensemble du corps social qui permettrait de refonder durablement la légitimité politique de la protection sociale. Cela ne signifie pas, bien sûr, qu'il faille nécessairement camper sur le statu quo et que la légitimité des organisations syndicales et patronales dans la gestion paritaire de la sécurité sociale – telle qu'elle a été organisée par la réforme de 1967 – soit plus forte que celle du pouvoir politique. Cependant, le problème de fond nous semble, dans les deux cas, de même nature : l'inaccomplissement de notre citoyenneté frappe de la même façon l'ensemble de nos institutions. Dans ces conditions, il n'y a pas de raison de penser, *a priori*, que le transfert au Parlement des pouvoirs décisionnels en matière de sécurité sociale soit, en tant que tel, un facteur de progrès. La question qui se pose, par rapport à ce diagnostic, est de savoir comment redonner une dimension et une légitimité politiques à la protection sociale. Avouons-le, il est bien difficile de répondre à cette interrogation. Néanmoins, il est possible d'en identifier deux dimensions majeures : celle des processus politiques par lesquels s'élaborent les décisions, et celle des objectifs et des finalités assignés à la protection sociale. La question des processus politiques comporte elle-même plusieurs volets. Un premier aspect concerne les formes de la démocratie sociale [...]. Cette question générale des formes de représentation et d'expression des travailleurs, ainsi que celle de leur visibilité, se pose tant au niveau de la régulation d'ensemble du système de protection sociale, que dans la mise en œuvre concrète des projets et des dispositifs [...] Enfin, la transparence et le pluralisme des débats constituent aussi des conditions importantes de l'approfondissement de la démocratie politique. Le débat sur les retraites en fournit une bonne illustration. En focalisant le débat sur l'aspect comptable des dépenses, la plupart des rapports officiels tendent en effet à passer largement sous silence les aspects positifs des

contreparties apportées par la protection sociale. Cette tendance, qui n'est pas nouvelle, s'est trouvée renforcée avec la mise en place de la commission des comptes de la Sécurité sociale dont le seul objet est d'établir un bilan purement comptable, sans s'interroger sur les finalités de la Sécurité sociale ni l'ampleur des besoins sociaux et, encore moins, sur la façon dont ces besoins sont satisfaits. La protection sociale tend ainsi à être appréhendée et perçue uniquement sous l'angle de son coût et de son déficit, notion qui n'a guère de sens dans ce domaine. La question des objectifs et des finalités de la protection sociale demande aussi à être posée en des termes nouveaux ainsi qu'en des formes proprement politiques. C'est d'ailleurs sur ce terrain politique que se situe implicitement le discours économique dominant lorsqu'il véhicule, comme nous allons le voir, des représentations de la protection sociale largement décalées par rapport à la réalité. Ce sont ces représentations qui nourrissent et légitiment, dans le champ intellectuel, les principaux projets de réforme mis en œuvre ces dernières années.

UNE DÉRIVE LIBÉRALE ENCOURAGÉE PAR LES REPRÉSENTATIONS ÉCONOMIQUES

COMME nous l'avons signalé, le dogme de la limitation des prélèvements obligatoires constitue la face cachée de la politique de maîtrise des dépenses sociales. D'une certaine façon, ce dogme traduit la résurgence de l'ancienne opposition libérale à l'idée d'obligation. La pensée libérale a longtemps combattu, en effet, l'idée d'une protection sociale obligatoire dont la source ne serait pas la volonté individuelle et cette idée ne s'est véritablement imposée dans la plupart des pays qu'au lendemain de la seconde guerre mondiale. Aujourd'hui, le débat ne porte plus, au moins ouvertement, sur cette question de principe. Personne ne

conteste plus l'idée d'une intervention de l'État pour assurer une certaine sécurité aux travailleurs. L'enjeu porte désormais sur le niveau de cette protection obligatoire. En résumé, le débat essentiel n'est plus un débat de principe mais un débat sur les normes de protection sociale et les dispositifs qui y sont associés. Cependant, ce débat traduit toujours la même opposition séculaire aux principes fondateurs de la protection sociale. Il tend ainsi à ré-instituer deux figures – celle de l'assisté-allocataire et celle du salarié-rentier – qui ont toujours été, dans la pensée libérale, les deux seules figures légitimes en matière de protection sociale. Les représentations que propose la théorie économique de la protection sociale contribuent à cette dérive. Elles s'appuient en effet sur des schémas de pensée qui tendent à redéfinir implicitement les finalités assignées à la protection sociale et engagent, de ce fait, des options politiques.

[...] L'hypothèse implicite est donc que la protection sociale, notamment à travers ses prestations dites contributives, n'a aucun effet sur les inégalités. Dans ce schéma, il serait donc neutre ou équivalent de revenir à une protection sociale minimale servant des prestations d'assistance en laissant le soin aux autres salariés de recourir à des assurances marchandes. Un tel amalgame entre protection sociale et assurances marchandes ne peut qu'être source de confusion. [...] Car l'ampleur des solidarités mises en œuvre dans les systèmes de protection sociale est sans commune mesure avec celles produites par les assurances marchandes. Tout se passe donc comme si, dans ce raisonnement, laisser la gestion de l'assurance maladie et de l'assurance vieillesse au secteur marchand n'avait aucune conséquence sur la distribution de ces prestations assurées aujourd'hui, dans notre pays, par le biais d'assurances sociales obligatoires.

[...] Le problème essentiel de ce type d'analyse est que la détermina-

tion de cette fonction supposée assurantielle nécessite la définition de critères qui ne sont jamais donnés *a priori*. Les mirages du vocabulaire ne résistent pas en effet à l'analyse : le concept de neutralité actuarielle n'est jamais neutre car il suppose, pour être opérationnel, de déterminer les catégories au sein desquelles devrait s'opérer le calcul actuariel. Lorsque ces fonctions supposées assurantielles sont assurées par le marché, c'est ce dernier qui définit, en fonction de ses critères propres de profitabilité, les règles du jeu et, par voie de conséquence, les catégories et les limites au sein desquelles se concrétise la mutualisation des risques. En d'autres termes, c'est le marché qui définit alors le champ des solidarités et dicte ainsi certaines des normes de la protection sociale. C'est donc toute la dimension politique de la protection sociale qui est évacuée. Serait-ce le prix à payer pour une meilleure efficacité ? Nullement. Une large partie de la littérature sur l'économie de l'assurance est précisément consacrée au problème majeur que rencontre sur cette question l'économie de marché. A savoir que toute entreprise d'assurance opère nécessairement des transferts entre classes de risques, et que la difficulté à gérer cette question risque dans bien des cas d'engendrer des surcoûts et de conduire à des situations économiquement inefficaces, c'est-à-dire, dans le jargon des économistes, à des situations "non optimales" [...].

LES RISQUES D'UNE VISION INSTRUMENTALE DE LA PROTECTION SOCIALE

[Ces analyses cherchent à imposer] une représentation de la protection sociale qui tend à légitimer les réformes récentes, la distinction introduite entre "la partie actuarielle des assurances sociales" et l'autre partie "redistributive" n'étant pas sans rappeler le clivage désormais souvent présent dans les projets de réforme entre assurance et solidarité. Compte tenu de ces présuppo-

sés, la réduction des inégalités passe essentiellement dans ces raisonnements par des prestations (ou des prélèvements) ciblés. [...] L'idée selon laquelle des transferts ciblés – c'est-à-dire, en matière de protection sociale, des prestations sous conditions de ressources – réduisent mieux les inégalités que des prestations de droit commun (ou contributives) peut paraître relever du bon sens. Il faut cependant souligner ici les limites de ce raisonnement qui néglige deux dimensions majeures du problème. La première est celle de la légitimité politique des systèmes de protection sociale. Dans les pays où la part des prestations sous conditions de ressources est importante, les prestations sociales sont d'un volume globalement beaucoup plus faible que dans notre pays. Ce constat traduit le fait que des prestations ciblées, parce qu'elles ne s'intègrent pas dans un droit commun de prestations, parviennent difficilement à recueillir un soutien conséquent de la part de la population. D'où la rétractation graduelle vers un Etat-providence résiduel dont le faible poids ne parvient guère à limiter l'ampleur des inégalités. Car, et c'est la seconde dimension négligée dans ce raisonnement, il existe des effets en retour non négligeables des politiques sociales sur les inégalités initiales qui prévalent sur le marché du travail. Le subventionnement des bas salaires, qu'il prenne la forme d'allègements directs du coût de la main-d'œuvre bénéficiant aux employeurs ou de compléments de revenus pour les salariés, pousse globalement à un affaiblissement des plus bas salaires et, de ce fait, à un creusement des inégalités. En d'autres termes, il n'est guère possible d'analyser les effets d'un système de transferts en négligeant ces effets en retour des politiques sociales sur les inégalités de salaires. Si l'objectif est de parvenir, *in fine*, à une réduction des inégalités de revenu disponible, c'est l'ensemble du système de production et de correction de ces inégalités qu'il convient de prendre en compte [...].

CONCLUSION

LA question sociale n'est pas une lointaine image héritée de l'histoire du salariat. Elle est toujours d'actualité. Les clivages, les débats et les tensions qui ont resurgi ces dernières années à propos de la réforme de la protection sociale prennent peut-être des habits neufs. Mais ils signalent toujours les mêmes oppositions séculaires. Et c'est précisément au moment où la lente construction de la protection sociale permettait d'envisager l'achèvement d'une étape importante pour le monde du travail que ses fondements se trouvent remis en cause. Comme nous avons tenté de le montrer dans cet article, les régressions qu'a connues notre système de protection sociale depuis le début des années quatre-vingt sont la conséquence d'un double déficit, politique et intellectuel. A cet égard,

le symptôme le plus évident de ce double déficit est sans doute la question récurrente des prélèvements obligatoires qui constitue la face cachée de ce débat. Du point de vue politique, les prélèvements se trouvent en effet quasiment frappés d'interdit, du moins parmi les classes politiques qui se complaisent, pour des raisons électorales de court terme, dans des représentations archaïques. Les élus politiques sont d'ailleurs encouragés dans cette voie par la plupart des économistes qui, soit stigmatisent outrageusement les méfaits de la dépense publique, soit développent un discours optimisateur où l'intervention publique en matière de protection sociale n'est pas censée aboutir à des résultats très différents du jeu des forces du marché, gommant ainsi de façon subreptice une dimension fondamentale de la sécurité sociale. Pour surmonter ce

double déficit, il est nécessaire à la fois de faire évoluer les représentations et, surtout, de concevoir les processus politiques à travers lesquels promouvoir des réformes progressistes de la protection sociale. Car, contrairement à ce que voudraient faire croire ses détracteurs, la protection sociale n'a jamais été une construction figée. Rien ne serait d'ailleurs plus dangereux. Il est nécessaire et légitime d'envisager son évolution. Sinon, elle se fossiliserait et ne participerait plus au devenir des sociétés. Mais rien n'oblige à envisager ces transformations sur un mode régressif. Les lignes que nous avons esquissées tentent de contribuer à ce changement progressif par une redéfinition politique des finalités de la protection sociale.

Pierre CONCIALDI

RÉDACTION, ADMINISTRATION ET DIFFUSION D'APRÈS-DEMAIN :

(Rédacteur en chef : Philippe Bernard 1958-1975)

Philippe Blard, Alice Cloarec, Martin Collet,
Françoise Dargols, Bernard Deljarrie, Jean-Michel Djian,
Emmanuel Dufour, Bruno Fulda, Bernard Gaudillère,
Anne Lamouche, Bertrand Louët, Manolis Mavropoulos,
Pascal Perez, Michel Rieu, Anne Bourgeois,
Marc Serignan, Bernard Wallon.

Directrice :

Françoise Seligmann

Rédacteur en chef :

Jean-Pierre Dubois

Responsable diffusion et administration :

Denise Jumontier

Jean-Michel HARRIBEY

Le financement de la Sécurité sociale : un débat politique

LA réforme de l'assurance maladie s'inscrit dans le mouvement de marchandisation de la protection sociale. La réduction de la part de l'assurance obligatoire au profit des mutuelles complémentaires et des assurances privées ouvre la voie à une privatisation progressive qui entraînera l'instauration d'une santé à plusieurs vitesses, de la même façon que la réforme des retraites a ouvert une brèche où s'engouffrent banques et fonds de pension, avec à terme l'aggravation des inégalités sociales. Le principe de solidarité que la Sécurité sociale avait institué lors de sa création, à savoir chacun paie en fonction de ses revenus et reçoit en fonction de ses besoins, est gravement menacé. Se pose alors le problème de la répartition des richesses produites qui explique que la confrontation sociale et politique se focalise sur la possibilité ou non de dégager des ressources en rapport avec les besoins. A cet égard, le

déficit de 13 milliards d'euros de la Sécurité sociale pour 2003 doit être mis en face des 20 milliards d'exonérations de cotisations dont 2 ne sont pas compensés par l'Etat, des 10 milliards de dettes patronales, des 150 milliards annuels de détournement de la valeur ajoutée au détriment de la masse salariale depuis 20 ans qui correspondent aux dépenses annuelles de santé.

Au sein du mouvement social, il y a au moins trois points d'accords fondamentaux pour justifier la défense et l'amélioration des systèmes de protection sociale ainsi que des moyens nouveaux de financement¹ :

- Le travail étant seul producteur de la valeur qui est ensuite répartie sous forme de revenus ou prestations monétaires, on est fondé à refuser les mirages de la capitalisation et des assurances privées.

- Les questions de la productivité, de l'emploi, de la durée du travail, de la répartition de la valeur ajoutée entre

salaires et profits, et de la part de la richesse que la collectivité décide de socialiser sont liées.

- Il en résulte que la discussion sur le financement de la protection sociale est davantage de nature politique (parce qu'il s'agit de savoir comment peser sur le rapport de forces capital/travail, c'est-à-dire, d'une manière ou d'une autre, comment arracher un peu plus de valeur produite par le travail au capital) que technique.

Néanmoins, au-delà de ces points d'accord, subsistent des divergences d'appréciation sur ce financement qui méritent examen. Il y a deux niveaux de discussion. L'un porte sur le point de savoir s'il faut modifier les modalités de calcul des cotisations sociales, essentiellement leur taux et leur assiette. La modulation des taux se ferait en fonction de critères sociaux comme la qualité de l'emploi ou sa pérennité, l'objectif

étant de dissuader les pratiques socialement néfastes. L'élargissement de l'assiette des cotisations sociales à l'ensemble de la valeur ajoutée viserait à faire contribuer les profits d'entreprises, surtout ceux des entreprises qui sont très capitalistiques, utilisant beaucoup d'équipements relativement à la main d'œuvre. Le second niveau de discussion porte sur une éventuelle fiscalisation du financement de la protection sociale, les impôts se substituant partiellement ou totalement aux cotisations sociales, ou bien complétant celles-ci. Quand on examine les arguments avancés entre les partisans de ces transformations et leurs opposants, on s'aperçoit que sont en jeu : 1) le sens de la cotisation sociale et, de manière plus large, celui de tout prélèvement collectif ; 2) la manière dont on veut et dont on peut imposer à la classe capitaliste la répartition entre ses membres et ses fractions du poids de la socialisation de la richesse.

1. LE SENS DE LA COTISATION SOCIALE ET DE TOUT PRÉLÈVEMENT COLLECTIF

LE premier argument mis en lumière par Bernard Friot, principal initiateur de la défense de la cotisation sociale en son état, est que le salaire socialisé serait la forme que prend l'obligation faite au patronat de payer un temps de non-travail (maladie, retraite, chômage, congés), un temps où le travailleur ne produit pas de valeur pour le capital. Ainsi, une partie de la rémunération de la force de travail serait soustraite à la loi de la valorisation capitaliste. C'est pour Friot la naissance au XX^e siècle du "droit de salaire" qui, selon lui, va bien au-delà du "droit du travail"².

On peut d'abord faire remarquer que l'intégration dans le salaire de la santé, de l'éducation, voire de la retraite, représente les éléments de la reconstitution de la force de travail et que, quelle que soit la forme de versement, directe ou indirecte

(socialisée), il s'agit de la définition même du salaire, constitutive du rapport social capitaliste. Le fait que les patronats, tout au long de l'histoire, aient toujours cherché à limiter, voire diminuer quand ils en ont la possibilité, tel ou tel élément de la rémunération de la force de travail, ne doit pas être confondu avec une pseudo différence de nature entre ces éléments-là : d'un côté, manger, s'habiller, se loger, de l'autre, se soigner, s'éduquer. La prise en charge de tous ces besoins est indispensable à la reproduction à long terme du capitalisme. Le tour de force idéologique du patronat actuel est de laisser croire que la seconde série d'éléments ne relèverait pas ou plus de sa responsabilité. Nous serions piégés par les mots si nous accréditions l'idée que nous aurions réussi jusqu'ici, par le biais de la cotisation sociale, à imposer au capital de payer les salariés à ne rien faire, alors qu'il s'agit seulement du paiement de la reconstitution de la force de travail. Seuls changent les éléments historiques entrant dans la reconstitution de la force de travail.

Ceux qui s'opposent à la fiscalisation du financement de la protection sociale font valoir que la substitution de l'impôt à la cotisation ferait basculer notre système, dans lequel une partie du salaire est socialisée, vers un système s'apparentant à celui qui prévaut lorsque l'épargne financière individuelle est privilégiée. Cette assimilation n'est pas fondée. Le financement de l'éducation par l'impôt n'est pas moins mutualisé, socialisé, que celui de la santé et des retraites par la cotisation sociale. Ce n'est pas le canal de prélèvement (cotisation ou impôt) qui fait la socialisation, c'est le prélèvement lui-même. L'idée selon laquelle la cotisation sociale serait "assise sur le travail" alors que l'impôt et l'épargne seraient "assis sur la richesse"³ est fautive car, d'une part, tout est assis sur la richesse produite par le travail, et, d'autre part, autant il y a de proximités entre la cotisation et l'impôt, autant il y a de différences entre d'un côté la cotisation et l'impôt qui socialisent la richesse produite et de l'autre

l'épargne individuelle dont la rémunération ne peut provenir que d'une appropriation du fruit du travail d'autrui.

Friot voit dans la fiscalisation un risque que la logique beveridgienne prenne le pas sur la logique bismarckienne. Mais si la santé est un droit universel de la naissance à la mort qui dépasse les frontières du salariat, il n'est pas illogique d'en concevoir un financement dépassant le cadre de la masse salariale.

De plus, comme le fait remarquer Pierre Volovitch⁴, ce n'est pas l'introduction de la CSG qui a provoqué la détérioration de la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée (celle-ci est bien antérieure, et s'est même ralentie dans la décennie 1990), ou bien qui a réduit le contrôle des travailleurs sur la Sécurité sociale, réduction qui date des ordonnances de 1967.

Au total, sur cette première question, un faux débat naîtrait si la fiscalité était diabolisée au nom de prétextes qui, croyant se fonder sur une conception rigoureuse de la force de travail et de sa rémunération, constitueraient un contresens. La proposition "la protection sociale est un élément du salaire"⁵ est juste mais elle est radicalement différente de "le salaire finance les pensions ou le travail libre"⁶, proposition que je considère comme inexacte. La première proposition signifie que la société prend la décision politique d'introduire l'élément protection sociale mutualisée à l'intérieur du salaire, au besoin en lui affectant une part supplémentaire de la valeur ajoutée. La seconde est illogique car cela voudrait dire que le salaire est la source d'une partie de lui-même. Il ne faut pas confondre la source (l'origine) de la valeur distribuée et l'assiette (la base de calcul) d'un prélèvement.

Il s'ensuit que la critique doit porter non sur le principe de l'impôt qui financerait une partie de la protection sociale, mais sur la nature de cet impôt (direct ou indirect, progressif ou non) et sur son assiette, ce qui signifie tout simplement que le débat doit porter sur le point de

savoir sur qui repose l'impôt. A cet égard, la distinction entre redistribution horizontale (des bien-portants vers les malades, des jeunes vers les vieux), dont relèverait la protection sociale financée par des cotisations, et redistribution verticale (des riches vers les pauvres), dont relèverait la réduction des inégalités financée par des impôts, n'est pas convaincante ici. En effet, il n'y a pas de redistribution horizontale pure. Dès qu'un pauvre consomme un euro de soins parce qu'il est remboursé par la Sécurité sociale alors qu'il ne le ferait pas en l'absence de celle-ci, il y a une redistribution à la fois horizontale et verticale. C'est la même chose pour l'école.

Michel Husson⁷ craint que les entreprises soient mises hors-jeu du financement de la Sécurité sociale par l'extension de la CSG qui a la préférence du MEDEF. On comprend la position de celui-ci puisque augmenter les cotisations rogne sur les profits globaux, tandis qu'augmenter la CSG n'ampute les profits que dans leur partie distribuée aux ménages rentiers, épargnant ainsi tous les profits restant dans les entreprises. Au pire, pour les entreprises, la substitution de la CSG aux cotisations est neutre quand le coût global du travail ne change pas : c'est le cas si la CSG se substitue aux cotisations dites salariales avec hausse des salaires nets. Au mieux, pour les entreprises, cette substitution améliore les profits d'entreprise quand la CSG se substitue aux cotisations dites patronales avec salaires bruts inchangés. Si l'on veut faire fléchir le capital par la baisse des profits d'entreprise, la méthode préférable est la hausse des cotisations. Si l'on veut le faire fléchir par la baisse des revenus non salariaux distribués, l'impôt devient préférable ; dans ce dernier cas, reste à régler le problème de l'équité de l'impôt.

Si aucun morceau de la valeur ajoutée n'échappait à la cotisation, il est évident que CSG et cotisation, pour des taux identiques, seraient équivalentes et le basculement de l'une vers l'autre et vice versa serait neutre. CSG et cotisation cessent

d'être neutres quand la substitution de la CSG à la cotisation n'est pas compensée par une hausse du salaire direct : les salariés perdent ce que gagne le capital. C'est là le véritable risque de la CSG et, au-delà, de toute fiscalisation du financement de la Sécurité sociale. Mais il ne s'agit pas d'un risque inhérent à un impôt quel qu'il soit mais inhérent aux conditions dans lesquelles cet impôt est mis en place et à sa nature (assiette, progressivité ou non). Husson a donc raison de craindre que, dans la situation actuelle, les salariés soient bernés par un tel basculement mais on est loin alors d'un refus par principe de toute fiscalisation qui serait attentatoire à la règle que croit déceler Friot dans la cotisation sociale rémunérant soi-disant le salarié à ne rien faire. Certes, la socialisation d'une partie du salaire est une conquête sociale majeure mais elle reste cependant dans le cadre de la condition salariale exploitée et dominée. L'affirmation de Lilian Brissaud et Raphaël Thaller selon laquelle la cotisation sociale a une "portée proprement révolutionnaire"⁸ doit donc être nuancée si l'on considère que celle-ci ne fait que participer à la reconstitution de la force de travail, tout en ouvrant des possibilités novatrices pour l'avenir.

En outre, ces deux derniers auteurs mettent en doute l'idée selon laquelle le plein emploi serait nécessaire pour financer la protection sociale. Ils développent une argumentation qui révèle la somme de malentendus qui peuvent exister de part et d'autre dans une telle discussion. "Ce n'est pas l'emploi qui crée la richesse, c'est le travail", nous disent-ils. Ils ont raison. "Le chômage constitue la forme sociale que prend, en régime capitaliste développé, la réduction forcée du temps de travail sous l'effet des gains de productivité", poursuivent-ils. Ils ont encore raison. "Il ne sert à rien de faire de l'emploi un préalable en l'absence duquel nous ne saurions pas en mesure de sauver la Sécu", concluent-ils. Ils se contredisent. Parce qu'après nous avoir expliqué à juste titre que le financement de la

protection sociale est avant tout une affaire de répartition entre salaires et profits, ils oublient que l'emploi est une manière de répartir dans la société capitaliste la richesse produite. Le chômage, comme réduction forcée du temps de travail, est une manière d'évincer certains convives du "banquet" de Malthus, une manière de restreindre la masse salariale.

2. LA RÉPARTITION AU SEIN DE LA CLASSE CAPITALISTE DU POIDS DE LA SOCIALISATION DE LA RICHESSE

BIEN qu'en réalité toute charge pèse sur les travailleurs⁹, il est commode de dire que, selon le rapport de forces entre travail et capital, pour un niveau de richesse produite donnée, quand on fait reculer le capital dans la répartition, ses propriétaires devant se contenter de moins de profits, ceux-ci sont mis davantage "à contribution". Que les capitalistes connaissent un manque à gagner ne doit pas être compris comme quelque chose qu'ils déboursent : cela leur échappe, tout simplement, et on comprend que pour eux ce soit pareil.

Cette remarque préalable est justifiée par le fait que l'essentiel des arguments avancés par les opposants à toute modification du régime des cotisations sociales (modulation des taux et/ou élargissement de l'assiette) peut être ramené à celui qu'ont exprimé Husson d'un côté et Brissaud et Thaller de l'autre : le fonctionnement du capitalisme annule en tendance les effets escomptés d'une modulation des taux en fonction de la qualité des emplois ou de leur nombre et ceux escomptés d'un élargissement de l'assiette des cotisations car la modification des coûts de production relatifs d'une branche capitaliste à l'autre provoque une modification dans le même sens des prix relatifs. C'est l'application de la tendance à l'égalisation des taux de profit mise en lumière par Marx. La cotisation sociale est un coût comme un autre

pour les capitalistes, tout coût étant engagé s'il est censé rapporté le taux de rentabilité au moins moyen. Ce quitus théorique étant donné, on peut faire observer plusieurs choses.

Premièrement, le modèle invoqué est sans faille, mais il suppose un capitalisme de concurrence parfaite, dans lequel la circulation des capitaux est totale, de telle sorte que les conditions de production s'égalisent, annulant les différences de productivité. On en est loin (sinon il n'y aurait pas une telle domination des donneurs d'ordre sur les sous-traitants), et on n'est donc pas tout à fait désarmé pour jouer sur les contradictions du système. La péréquation du taux de profit n'est pas seulement le point d'aboutissement du fonctionnement du capitalisme ; c'est avant tout l'expression de ses contradictions.

Imaginons le cas limite de l'entreprise financière "sans usines" : plus un seul salarié, sinon dans les filiales contrôlées, donc impossibilité d'augmenter les salaires ! Comment fait-on alors pour déplacer la frontière entre salaires et profits ? Bien que Serge Tchuruk, PDG d'Alcatel, ait l'œil rivé sur la profitabilité de ses filiales, s'il externalise, c'est qu'il entend bien reporter sur d'autres branches du capital que la sienne une part du "fardeau" du coût salarial. Donc, s'il est vrai que toute réforme qui se contenterait de répartir autrement la "charge" patronale de la protection sociale sans augmenter globalement les ressources manquerait son but, on ne peut rester totalement indifférent à cette répartition inter-capitaliste car cette dernière peut être un levier pour réussir à dégager des ressources supplémentaires. Sinon, ce serait admettre que le capital dispose d'un chef d'orchestre parfait et universel qui, sentant l'intérêt commun de la classe capitaliste, serait capable d'éviter à chacun de ses membres les affres de la hausse du coût salarial.

Deuxièmement, pourquoi le raisonnement théorique au sujet de la péréquation du taux de profit n'est-il pas appliqué à toute forme de

cotisation (unitaire ou modulée) et quelle que soit son assiette (masse salariale ou valeur ajoutée) ? Pourquoi est-il utilisé pour récuser l'idée d'élargissement de l'assiette et n'est-il pas appliqué lorsqu'on évoque la possibilité d'augmenter le taux de cotisation appelée patronale, puisqu'en l'occurrence il s'agit de prélever davantage sur la partie profits de la valeur ajoutée, rejoignant en cela l'autre manière de procéder ?

Si le raisonnement théorique des auteurs cités est exact, et je le crois exact, toute augmentation du taux de cotisation dite patronale assise sur les salaires qui serait, par principe, uniforme quelle que soit la branche capitaliste, aurait des répercussions sur la structure des prix relatifs. A les en croire, les effets "néfastes" pour les entreprises de main d'œuvre seraient en grande partie gommés par l'intermédiaire de la péréquation du taux de profit. De la même manière que les effets "bénéfiques" le seraient dans le cas d'une modulation ou d'un élargissement de l'assiette.

Qu'est-ce que cela démontre ? Rien de nouveau. Cela rappelle utilement que, une fois réglé le grand partage salaires-profits, la loi de la valeur répartit la masse de plus-value au prorata du capital engagé, et que la répartition salaires-profits elle-même, dans la mesure où elle modifie la structure des coûts différemment selon les branches, a une influence sur la répartition de la masse totale de profit entre détenteurs de capitaux. C'est ainsi que même l'existence d'un SMIC a un effet sur les coûts et prix relatifs. Mais on peut aussi montrer que, en sens inverse, à la suite de l'introduction d'une cotisation sociale, la modification des prix relatifs qui en résulte n'empêche pas une modification de la répartition entre masse salariale et profits, modification avantageuse pour la première. Une cotisation à taux unique, quelle qu'en soit sa forme, n'est neutre vis-à-vis des prix relatifs qu'aux deux bornes suivantes : à taux zéro ou bien appliquée à l'ensemble de la valeur de la production.

Ainsi, avec une cotisation sociale assise sur les salaires, les prix des produits des branches peu capitalistiques relativement à ceux des branches plus capitalistiques augmentent par rapport à une situation sans cotisation, pendant que, globalement, la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée s'accroît. En revanche, une cotisation sociale assise sur la valeur ajoutée augmente les prix relatifs des produits des branches plus capitalistiques, sans toutefois rejoindre le niveau correspondant à l'absence de toute cotisation, pendant que la part de la masse salariale dans la valeur ajoutée continue de croître.

Autrement dit, s'il ne faut pas espérer de miracle en termes de nombre d'emplois et de qualité de ceux-ci de la part de mesures modulant les taux de cotisations sociales et élargissant l'assiette¹⁰, on peut par contre se demander si ces réformes procureraient un surcroît de ressources pour la protection sociale, puisque tel est l'objectif recherché. Pour répondre à cette question, il n'est pas besoin de raisonnement théorique sophistiqué : si on applique le taux de cotisation patronale actuel sur l'ensemble de la valeur ajoutée, on accroît le volume des cotisations patronales de près de deux tiers¹¹. Pour l'assurance maladie, ce surcroît de cotisations correspondrait grosso modo à la part actuellement couverte par la CSG. On pourrait obtenir le même résultat en conservant l'assiette de la seule masse salariale : le taux de cotisation patronale devrait augmenter dans la même proportion de 2/3. On ne voit pas comment le patronat pourrait préférer une version à l'autre, parce qu'il a bien compris que la richesse ne tombait pas du ciel, qu'il fallait la faire produire, et qu'une fois produite, il fallait qu'il en laisse échapper le moins possible.

Dès l'instant où l'on augmente les cotisations par une méthode ou une autre, on fait entrer à l'intérieur de la masse salariale une part de ce qui était auparavant

profit. Par conséquent, je soutiens la thèse que le lien "politique" entre cotisation et salaire n'est pas rompu, contrairement à celle de Friot qui assimile origine de la ressource et assiette de calcul.

Le nœud de la controverse telle qu'elle s'est exprimée récemment à travers l'échange entre Gérard Gourguechon¹² et Husson est en gros le suivant : avec l'assiette limitée à la masse salariale, on exonère le capital, dit en substance Gourguechon ; faux, lui répond Husson, car augmenter cette cotisation déplace la frontière masse salariale/profits, de la même façon que le ferait la hausse du salaire direct. La réponse de Husson est correcte. Mais cela n'implique pas que Gourguechon soit complètement dans l'erreur si l'on interprète son observation ainsi : *le maintien de l'assiette des cotisations actuelle nous prive d'un moyen de retourner un peu à l'avantage des salariés l'une des contradictions internes au capitalisme, celle de vouloir se débarrasser des salariés alors que sans eux il ne peut se valoriser.*

Au sens strict, dans l'absolu, aucune méthode n'exonère le capital plus ou moins qu'une autre : augmenter le salaire direct, la cotisation assise sur le salaire, la cotisation assise sur la valeur ajoutée, ou même taxer les profits distribués, si c'est à hauteur équivalente. En revanche, compte tenu des disparités énormes qui existent entre les branches capitalistes, il est probable que le jeu ne serait pas à somme nulle pour les ressources de la Sécurité sociale si l'on élargissait l'assiette des cotisations. Dans tous les cas de figure, il s'agit de partager la valeur ajoutée un peu plus à l'avantage des salariés et un peu moins à celui des propriétaires du capital. De ce point de vue, le grief fait par Husson à Gourguechon de vouloir éviter l'affrontement avec le patronat et "ménager la chèvre et le chou" n'est pas fondé, pas plus que celui inverse de Gourguechon à Husson de vouloir "exonérer" les revenus du capital. La formule pro-

posée par Husson "faisons cotiser les revenus financiers" montre bien finalement qu'il ne faut pas exagérer les désaccords¹³.

Pour récuser l'élargissement de l'assiette des cotisations sociales à la valeur ajoutée, Husson invoque un dernier argument. Celui du risque d'amenuisement de la compétitivité par rapport aux prix étrangers, au moment où des investissements massifs sont nécessaires pour que notre économie se situe dans le créneau "high tech". Cet argument n'est-il pas faible économiquement et surtout irrecevable politiquement ?

Economiquement, il faudrait prouver que l'élasticité des investissements par rapport aux prélèvements auxquels le capital est assujéti est élevée.¹⁴ Ensuite, si la péréquation du taux de profit joue le rôle que lui attribue la théorie, la modification des prix relatifs consécutive à l'élargissement de l'assiette vient atténuer, sinon faire disparaître, les "pénalités" socio-fiscales imposées à certaines branches du capital. On ne peut donc invoquer la péréquation pour mettre en doute l'efficacité des réformes du régime des cotisations en termes d'emploi et l'oublier pour craindre que ces réformes aient un impact négatif sur les investissements. Enfin, dans la phase de mondialisation du capital actuelle et des restructurations engagées, le problème de compétitivité le plus important est-il celui qui toucherait les secteurs très modernes de nos économies utilisant une main d'œuvre très qualifiée, ou bien celui des secteurs techniquement en retard, utilisant une main d'œuvre peu qualifiée, celle dont la mise en concurrence mondiale se révèle la plus dramatique socialement ? Et il faut préciser qu'une augmentation du taux de cotisation appliqué à la seule masse salariale renchérit les prix des produits des branches peu capitalistiques relativement à ceux des branches plus capitalistiques.

Politiquement, l'idée que les pays développés devraient avoir le monopole des productions "high tech", laissant aux pays en voie de déve-

loppement les productions "low tech" est indéfendable, d'abord parce que cette division du travail ne durera pas, ensuite parce que cette position serait en contradiction avec nos engagements en faveur d'un monde solidaire et équilibré.

Je tire de la discussion sur la répartition au sein de la classe capitaliste du poids de la socialisation de la richesse deux enseignements :

L'un est de principe : il n'y a pas de différence de nature entre arracher un peu plus de profit pour le transformer en supplément de masse salariale par l'augmentation du taux d'une cotisation assise sur la masse salariale ou par l'élargissement de l'assiette. La première méthode n'a ni plus ni moins de vertu en termes de "droit salarial" que la seconde. Ni plus ni moins d'ailleurs que la simple augmentation du salaire direct qui se traduit ensuite par une augmentation des cotisations à taux inchangé.

L'autre est politique : si l'on veut accroître les ressources de la Sécurité sociale, on peut davantage mobiliser les salariés saturés par des années de propagande libérale ("les entreprises paient trop de charges") autour de l'idée qu'il y a une grande partie des profits qui échappent à tout prélèvement social, sans parler des formes de rémunération salariale déguisée en abondements de fonds d'épargne ou en distributions d'actions. En d'autres termes, il ne s'agit pas de convaincre le patronat du bien-fondé de l'élargissement de l'assiette car, comme le dit Husson, "il sait faire ses comptes", mais il s'agit de convaincre la population que les cotisations sociales, quelle qu'en soit la forme, ne sont pas exorbitantes.

3. QUELQUES PROPOSITIONS

LES deux grandes discussions précédentes (fiscalisation ou non, élargissement de l'assiette ou non) me semblent relever de choix stratégiques pour peser sur le rapport de forces.

Si l'on refuse la fiscalisation du financement de la protection sociale et si l'on réduit celle en cours, cela signifie que l'on pense pouvoir agir plus efficacement en pesant sur la répartition primaire des revenus, celle qui se joue à l'intérieur des entreprises. Et cette répartition-là peut être influencée favorablement pour les salariés par l'élargissement de l'assiette.

Si l'on accepte une dose de fiscalisation, c'est que l'on pense devoir compléter la première action en agissant sur les revenus déjà distribués aux ménages, les uns salariés, les autres rentiers.

Le problème est de savoir si les prélèvements sociaux doivent être effectués au plus près de la répartition primaire ou bien s'ils sont renvoyés après distribution primaire. Dans le premier cas, ils mettent en branle la confrontation sociale dans l'entreprise. Dans le second, la confrontation sociale se fait par ménages interposés. Mais dans les deux cas, il y a les classes sociales derrière. Sans doute faut-il jouer sur les deux fronts en fonction du rapport des forces. Friot a raison de considérer que l'ensemble des prestations sociales sont inhérentes à la condition salariale et qu'il faut considérer que la Sécurité sociale a pour finalité de *distribuer* et non de *redistribuer*. Mais c'est un objectif politique qui aujourd'hui n'est pas atteint parce que l'existence de terribles inégalités engendrées par le capitalisme transforme heureusement de fait la Sécurité sociale en boîte de redistribution.

Voici quelques propositions afin que, au-delà des désaccords, puissent se construire des mobilisations unificatrices.

La CSG ayant pris une telle place (un gros tiers de l'assurance maladie), elle ne peut être supprimée purement et simplement. Donc il faut l'appliquer également à tout type de revenu (participation, intéressement, stocks-options qui n'y sont pas soumis, et revenus financiers qui y sont peu soumis)¹⁵, la

rendre de nouveau non déductible du revenu imposable, et, mieux, l'intégrer à l'IRPP, ou, mieux encore si l'on craint que son intégration la dilue dans le budget de l'Etat sans qu'elle rejoigne les caisses de la Sécurité sociale, lui fixer un barème progressif.

Il faut tendre vers *l'application du même taux de cotisation patronale aux profits constatés dans les entreprises avant distribution de bénéfices et avant impôts*. Cette application pourrait se faire progressivement dans le temps au fur et à mesure des besoins. Si cet élargissement de fait de l'assiette était mis en œuvre, on n'a pas besoin de mettre en place des modulations en fonction de l'emploi car l'élargissement prend en compte la structure du capital.

En revanche, on peut retenir le principe de pénalisations dissuasives des "mauvais" contrats de travail, des conditions de travail désastreuses, des licenciements, etc.

Il faut restaurer une assurance maladie obligatoire prenant en charge la totalité des soins pour garantir un véritable accès de tous à la santé.

Jean-Marie HARRIBEY

1. J. Caudron, J.P. Domin, N. Hiraux, M. Maric, C. Mills, "Main basse sur l'assurance maladie, Des pistes alternatives pour un système de santé efficace et solidaire", Note de la Fondation Copernic, Paris, Syllepse, 2003.

J.C. Le Duigou, N. Mansouri-Guilani et P.Y. Chanu, "Pourquoi réformer la contribution patronale", *Libération*, 20 juin 2003.

C. Mills, "Le rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, Un "consensus" lourd de conséquences pour l'avenir de l'assurance maladie", *Copernic Flash*, février 2004.

Fondation Copernic, "Propositions pour sauver l'Assurance maladie", mai 2004.

J.M. Harribey, "Ce n'est pas le salaire qui paie la cotisation sociale, c'est le salarié. Nuance !", 2003, <http://harribey.u-bordeaux4.fr/travaux/retraites/retraites20.pdf>.

2. B. Friot, *Puissances du salariat, Emploi et protection sociale à la française*, Paris, La Dispute, 1998.

3. B. Friot, *Puissances du salariat*, op. cit., p. 35.

4. P. Volovitch, "Contribution aux Etats généraux de l'assurance maladie", 24 avril 2004.

5. B. Friot, *Puissances du salariat*, op. cit., p. 256.

6. B. Friot, "Financement des retraites : l'enjeu des cotisations patronales", 2003.

7. M. Husson, "Les mirages du financement de la Sécu", 23 avril 2004 ; "A nouveau sur le financement de la Sécu (Réponse à GG)", 14 mai 2004.

8. L. Brissaud, R. Thaller, "Faut-il moduler les cotisations sociales patronales ?", *Critique communiste*, 2004.

9. J.M. Harribey, *La démence sénile du capital, Fragments d'économie critique*, Bègles, Ed. du Passant, 2^e éd. 2004.

10. De la même façon que les allègements de cotisations pratiqués par les libéraux n'ont pas eu d'effet significatif sur l'emploi.

11. Une fois ce raisonnement intégré, on décide de combien il faut effectivement l'augmenter, compte tenu des besoins que l'on décide de couvrir.

12. G. Gourguechon, "Améliorer et consolider une assurance maladie universelle par un financement lui-même universel, amélioré et consolidé", SNUI, avril 2004 ; "Le financement de l'assurance-maladie : ne regardons pas la richesse nous filer sous le nez", SNUI, mai 2004 ; voir aussi SNUI, "Financement de l'assurance maladie : réflexions et propositions du SNUI", Document n° 2, mars 2004.

13. La critique que porte M. Husson dans *Les casseurs de l'Etat social, Des retraites à la Sécu : la grande démolition*, Paris, La Découverte, 2003, p. 31-33, contre la "taxation" des revenus financiers, au motif que cela soumettrait les ressources à une instabilité fondamentale ne vaut plus si l'on entend par revenus financiers non pas les seules plus-values tirées de la spéculation financière mais tous les revenus du capital que l'on enregistre en soustrayant la masse salariale de la valeur ajoutée nette.

14. Michel Husson me fait remarquer que ce qui compte ce n'est pas l'élasticité des investissements mais celle du commerce extérieur. Les deux me paraissent liées car si les prix d'une industrie exportatrice deviennent moins compétitifs, les investissements auront tendance à se délocaliser. Il soupçonne également l'argument mettant en avant la contrainte du capitalisme mondial plus forte qui pèse sur les industries de main d'œuvre de légitimer par avance les mesures ciblées de baisse du coût du travail. Je ne vois pas en quoi *le fait de constater* que les délocalisations ont depuis trente ans frappé en premier lieu les industries traditionnelles et que le taux de chômage des travailleurs les moins qualifiés est supérieur à celui des qualifiés est une incitation à concurrencer les pays à bas salaires. En matière de politique industrielle, notre difficulté consiste à sortir de l'alternative suivante : fermer totalement les frontières ou bien accepter la mise en jachère de pans entiers de l'activité sans aucun plan de reconversion et se projeter dans un avenir exclusivement "high tech" et propre en laissant aux autres tout ce qui est pénible et polluant. Pour sortir de ce piège redoutable (chômage chez soi ou chômage chez les autres), il n'y a qu'un moyen : la RTT drastique pour répartir le volume de travail à accomplir en fonction de la productivité. Mais cela suppose une autre répartition des revenus, qui est elle-même implique d'autres rapports sociaux (voir J.M. Harribey, *L'économie économe, Le développement soutenable par la réduction du temps de travail*, Paris, L'Harmattan, 1997).

15. Actuellement 85% de la CSG proviennent des salaires alors que ceux-ci représentent moins de 60% de la valeur ajoutée.

Pierre VOLOVITCH

Assurance-maladie : quels diagnostics pour quelle réforme ?

LA CONCENTRATION DES DÉPENSES DE SANTÉ

POUR fixer le paysage, il convient de rappeler cette réalité peu connue de la répartition des dépenses de santé : alors que 50% de la population consomme, une année donnée, 6% des dépenses de soins, 5% de la population consomme 51% des dépenses de soins. Dans ces conditions, il est évident qu'une prise en charge individuelle du risque est inopérante. En effet si la sécurité sociale rembourse en moyenne 75,7% des dépenses de santé engagées par les patients, en réalité l'éventail de cette prise en charge s'étale entre 34, pour le dentaire, et 93% pour l'hôpital. Il reste en moyenne 10% à la charge des ménages, mais dans la réalité tout dépend des mutuelles et complémentaires de santé qui peuvent être

souscrites par trois moyens : CMU complémentaire, individuelle, de groupe (entreprises...). Ainsi, la sécurité sociale se concentre déjà sur les gros risques et il est important de signaler que les gros risques sont souvent des petits risques qui n'ont pas été pris en charge à temps.

UNE RÉPARTITION SOCIALE

L'ÉTUDE de la répartition des dépenses montre également que la catégorie sociale (CSP) est déterminante : les cadres ont moins de dépenses d'hôpital que les ouvriers qualifiés mais plus de dépenses de médecine de ville tandis que le plus gros consommateur "hospitalier" est le bénéficiaire de la CMU. On peut donc en conclure que les cadres se soignent plus tôt, dès l'apparition des premiers symptômes et donc quand l'affection est encore bénigne alors que l'ouvrier

attendra plus longtemps et le bénéficiaire de la CMU encore plus. Par ailleurs, les cadres bénéficient d'une meilleure prévention en matière de santé pour eux-mêmes et leurs enfants. Exemple l'obésité infantile rapportée à la CSP du père : le pourcentage d'enfants obèses varie de 1 à 10 entre un enfant de cadre et un enfant d'ouvrier. L'accès aux soins est donc très marqué socialement et nous vivons dans un des pays où existent les plus grands écarts sociaux en terme de durée de vie.

ASSURANCE OBLIGATOIRE, ASSURANCE COMPLÉMENTAIRE

LE gouvernement n'a fait que peu d'annonces sur la réforme qu'il entend mener en matière d'assurance maladie. Sa lutte contre les fraudeurs est assez dérisoire car

elle ne peut concerner que les petits consommateurs ; les gros étant essentiellement pris en charge par le système hospitalier. Les propositions du Haut Comité pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) allaient dans le sens d'une réforme qui ne se limiterait pas aux aspects uniquement financières, mais le risque aujourd'hui est que cette réforme relève du bricolage. A ce jour, les principales propositions sont dans le rapport Chadelat, sur l'accès aux soins qui préconise : une couverture médicale généralisée (régime obligatoire et régime complémentaire) ; une CMU inchangée par rapport à l'existant ; une aide à la mutualisation pour ceux dont les revenus sont entre le plafond de la CMU et le SMIC ; un maintien de la situation en l'état pour les revenus au-dessus du SMIC. La question est de savoir ce qui est couvert par l'assurance-maladie et ce qui relève de la couverture complémentaire et quel sera l'encadrement de cette dernière (plus l'encadrement est fort et plus on est proche du régime obligatoire). En fait, le gouvernement souhaite laisser jouer la concurrence notamment sur les prix et les offres ce qui n'est pas sans poser problème quand on sait que l'AAH (allocation aux adultes handicapés) et le minimum vieillesse sont juste au-dessus du seuil de déclenchement de la CMU et que les bénéficiaires de ces prestations sont les populations risquant le plus d'être prises en charge par les assurances commerciales à des prix supérieurs.

LES MÉDECINS

ON ne peut faire abstraction des acteurs professionnels de la santé eux-mêmes. Il faut savoir qu'une bonne partie des médecins nie le rôle de la sécurité sociale et qu'un tiers des spécialistes pratique aujourd'hui des dépassements d'honoraires sauvages, et que d'une façon générale, ces médecins réclament la liberté tarifaire. Ce qui revient à laisser faire le marché. Est-ce à dire qu'il ne faut pas de régulation puisque la santé n'a pas de prix ? L'alternative à la régulation marchande est une régulation

démocratique mais cela pose le problème du rôle et de l'organisation tant des associations de santé que des professionnels du secteur. C'est dans ce cadre qu'il faut penser la question du paiement à l'acte dont on comprend qu'il satisfait la demande individuelle du patient tout en correspondant à l'exercice libérale de la médecine, mais qu'il se développe au détriment de la prise en charge sociale et de réseau. De plus peut-on considérer que l'offre de soins non régulée suffit à assurer une politique de santé égalitaire ? Un seul exemple. La liberté d'installation des praticiens pose des difficultés par l'absence de certaines spécialités dans certaines régions et de surabondance dans d'autres. Pour remédier à cela, il serait possible d'envisager la solution allemande : si un médecin décide de s'installer dans une région où le ratio médecins/patients est supérieur à 120% de la moyenne nationale, il ne sera pas conventionné. Enfin, dernier élément de ce rôle des professionnels de santé et qui concerne le problème du médicament : il n'existe pas d'informations objectives. La seule information délivrée aux médecins l'est par les visiteurs médicaux. Il n'existe qu'une seule revue qui traite du médicament, sans publicité, "Prescrire".

LE DÉFICIT

LE déficit est actuellement de 10 milliards d'Euros soit 8% du budget total de l'assurance maladie à comparer avec les 14 % du déficit du budget de l'Etat. Les dépenses croissent de 5 à 6% par an mais la masse salariale croît beaucoup plus lentement en cette période de chômage. Dans une période économique plus faste la croissance des recettes réduirait considérablement la notion de déficit. La socialisation de la dépense est en fait le meilleur moyen d'en contenir l'évolution, et ce quelle que soit la croissance économique. L'exemple américain avec des dépenses de santé à 14 % du PIB montre bien que la désocialisation n'est en rien une solution.

LE PROFILAGE DES TARIFS

ON peut douter de l'intérêt d'une évolution des tarifs sur profil génétique, car on ne voit pas comment ceux qui n'auraient rien de décelable sur leur profil pourraient refuser toute forme de mutualisation des risques. Aujourd'hui les inégalités en matière de santé ne sont pas admises et cela est d'autant plus vrai que les personnes fragilisées ont des dépenses de soins plus élevées que le coût moyen des dépenses de soins (les attaques contre l'AME ont été justifiées par la situation irrégulière des étrangers concernés et non par la pauvreté). Imaginer que seuls certains risques pourraient être pris en charge à 100% par l'assurance maladie, (les petits risques étant pris en charge par les assurances commerciales) nécessite pour le moins un débat de société pour en déterminer le champ.

AGE ET VIEILLISSEMENT

L'ÂGE constitue un facteur parmi d'autres d'augmentation des dépenses ; il ne faut pas oublier les accidents de la route, le diabète, etc. Le niveau des dépenses de santé des personnes âgées est tout autant un phénomène générationnel et avant tout lié aux habitudes de vie. Créer une caisse autonome pour les personnes âgées contient un risque de création d'une caisse d'assurance maladie pour ces personnes pour laquelle les entreprises n'auraient aucune raison de contribuer.

LES CHARGES INDUES

EN matière de charges indues, la plus contestable est sans doute la formation professionnelle des médecins financée par l'assurance maladie alors qu'elle devrait être à la charge de l'Education nationale. En revanche, doit-on considérer que les dépenses de santé de ceux qui ne payent pas de cotisations d'assurance maladie sont des charges indues ? Le risque est alors très grand qu'une telle

conception extrêmement restrictive de la sécurité sociale induise une dualité des prestations. Nous connaissons le rôle qu'a joué cette dualisation dans la dégradation des prestations liées au chômage. Il s'agit de la question de la séparation entre deux régimes : l'assurance garantie par la cotisation et la solidarité payée par l'impôt. Il convient de rappeler que c'est la solidarité qui est le principe de base, alors que l'assistance et l'assurance sont des techniques pour y parvenir. Opposer assurance et solidarité, c'est s'engager dans un processus de diversification qui est porteur de grandes inégalités.

LE TRAVAIL ET LA SANTÉ

EN matière de santé au travail, la plus grande difficulté est l'insuffisance de formation et

d'information des médecins généralistes pour pouvoir collaborer efficacement avec le médecin du travail. L'autre grande question est celle de la flexibilité du travail : les intérimaires vont de CDD en CDD sans qu'il y ait la moindre continuité dans leur suivi médical et cela nuit en matière de prévention puis le cas échéant de traitement et enfin d'établissement d'un lien de causalité. Les femmes sont d'une façon générale mieux suivies que les hommes, les inégalités sont plus faibles, mais les différences sociales écrasent les données sexuées.

OFFRE RÉGIONALE DE SOINS ET PRÉVENTION

L'OFFRE de soins est disparate d'une région à l'autre. Si un transfert devait intervenir, il

s'agirait vraisemblablement d'une déconcentration par le biais des ARH. En terme d'organisation hospitalière, les urgentistes ont démontré que les enjeux étaient en amont : il faut une politique globale. La prévention permettrait d'assurer au mieux une prise en charge sanitaire lourde. Le rôle de la prévention se situe très en amont du dépistage où de la prise en charge de comportements individuels. La qualité des soins participe d'un schéma plus complexe qu'il n'y paraît. Ce schéma est composé de prévention, d'éducation, d'implication de la personne et c'est cette association de paramètres qui assurera des soins de qualité meilleurs à un coût moindre.

Pierre VOLOVITCH

La réforme : détails et réactions

Au-delà des questions de calendrier, le contenu même de la réforme reste flou. Le gouvernement esquivé les questions sur le financement et la réforme de l'organisation du système de soins, préconisée pourtant par le récent rapport du Haut Conseil de l'Assurance maladie, reste en panne.

UNE RÉFORME RÉDUITE A LA GOUVERNANCE ?

LA gouvernance du système est le seul point sur lequel les annonces gouvernementales ont eu quelque consistance. Est envisagée la constitution de trois Unions :

- une *Union des caisses d'assurance maladie* regrouperait la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, CNAMTS, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, CCMSA et la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes, CANAM ;

- une *Union des complémentaires* qui regrouperait les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs commerciaux. En France en effet, les assurances complémentaires prennent en charge plus de 15% de la dépense totale de soins. Il s'agit d'un ensemble composite où l'on trouve des associations mutualistes à but non lucratif autour de la Fédération nationale de la mutualité française, FNMF, de loin le premier acteur dans ce domaine, des couvertures complémentaires maladies mises en place par des accords collectifs d'entreprises (communément appelées Institutions de Prévoyance) et des assureurs commerciaux. La FNMF et ses organisations entretiennent des rapports étroits avec les organisations syndicales de salariés, et leurs responsables sont souvent issus du syndicalisme.

- Enfin, une *Union des professionnels de santé*.

Ces trois Unions auraient en charge la gestion de l'assurance maladie, en particulier les deux premières négocieraient avec la troisième les

conventions liant les professionnels de santé et l'assurance maladie. Le fonctionnement interne de chacune des Unions n'est pas précisé. Des questions sensibles sont posées ici. Ainsi, alors que le Mouvement des entreprises de France, MEDEF demande que l'Union des caisses d'assurance maladie soit dirigée par un exécutif fort nommé par le gouvernement, les partenaires sociaux ne siégeant que dans un Conseil de surveillance, les organisations syndicales demandent à siéger directement dans le Conseil d'administration, en renforçant les compétences de ce dernier par rapport aux compétences actuelles des caisses d'assurance maladie.

OPPOSITION COMMUNE DES ORGANISATIONS SYNDICALES A UNE RÉFORME LIMITÉE

CONFRONTÉES à cette absence d'annonce politique claire, les organisations syndicales maintiennent des contacts à géo-

métrie variable entre elles, et avec la FNMF. Elles affirment unanimement que la négociation doit porter sur l'ensemble du dossier, c'est-à-dire tout à la fois sur le financement, l'organisation des soins et la gouvernance, et qu'elle ne peut se limiter à cette seule dernière question. Enfin elles critiquent un calendrier qui ne donne pas le temps nécessaire à une réelle négociation.

LES DIVERSITÉS DES POSITIONS SYNDICALES SUR L'ASSURANCE MALADIE

SUR le financement, la Confédération générale du travail, CGT se déclare hostile à toute augmentation de la Contribution sociale généralisée (CSG) payée proportionnellement aux revenus (qu'ils soient financiers, liés à l'activité en particulier les salaires ou aux retraites), mais propose une augmentation des cotisations patronales, en particulier par l'intégration de la valeur ajoutée dans l'assiette de ces cotisations. Elle demande en outre la création d'une obligation de négociation nationale sur les cotisations sociales. La Confédération générale du travail Force Ouvrière, CGT-FO demande une augmentation des cotisations patronales et un financement accru de l'État, via éventuellement l'augmentation de la CSG sur les revenus financiers pour les dépenses qui relèvent de la solidarité nationale. La Confédération française démocratique du travail, CFDT est, quant à elle, favorable à un financement par la CSG sous réserve qu'il s'accompagne d'une réforme fiscale d'ensemble. La Confédération française de l'encadrement - Confédération générale des cadres, CFE-CGC propose pour sa part la mise en place d'une cotisation sociale sur la consommation.

Sur la place à donner aux assurances santé complémentaires, la CFDT est favorable à un co-pilota-

ge de l'assurance maladie avec les organismes mutualistes, en particulier pour les relations avec les professionnels de santé. Cette collaboration entre l'assurance maladie obligatoire et les couvertures complémentaires s'accompagnant d'une généralisation de l'accès aux couvertures complémentaires. Si la CGT n'est pas hostile à la création de relations partenariales entre la sécurité sociale et les organismes mutualistes, mais ne souhaite pas un co-pilotage. La CGT-FO refuse fermement un système de co-pilotage qui associerait sur un même plan les régimes obligatoires et les régimes complémentaires. Elle y voit, en particulier du fait de la présence parmi les complémentaires des compagnies d'assurance commerciale, une amorce de la privatisation du système. La CFE-CGC veut bien parler de collaboration avec les complémentaires, mais pas de co-pilotage. La Confédération française des travailleurs chrétiens, CFTC propose que les assurances maladies complémentaires deviennent obligatoires, sur le modèle de ce qui existe pour les retraites, ce qui modifierait profondément leur statut.

Ces divergences s'articulent avec les prises de positions relatives à la définition des soins et services pris en charge par la collectivité. Pour la CFDT, les soins pris en charge doivent être définis conjointement par les régimes obligatoires et complémentaires. Pour la CGT, il faut que l'État conserve la définition des soins remboursables. Pour la CGT-FO, c'est au parlement qu'il incombe de fixer l'étendue et le niveau des remboursements. Pourtant, cette organisation demeure critique sur cette définition car elle craint que l'État n'ait pour seul objectif que de limiter les soins pris en charge. La CFTC quant à elle insiste pour que le rôle des experts dans ce domaine demeure un rôle de conseil et non de décideur.

L'éventail des prises de positions est également large sur la gouvernance proprement dite. On va ici des propositions de la CGT qui insiste, en fidélité aux objectifs de démocratie

sociale de 1945, sur la nécessité d'un retour aux élections pour la désignation des administrateurs dans les caisses de sécurité sociale aux positions de la CFE-CGC qui considère que la gestion uniquement paritaire des caisses de sécurité sociale à vécu.

De ces divergences découlent logiquement des positionnements différenciés en matière de mobilisation. La CGT a déjà appelé à des manifestations de défense de l'assurance maladie pour le 6 juin 2004. La CGT-FO qui affirme que l'on ne peut mobiliser les salariés sur ce que l'on ne connaît pas encore affirme qu'elle est prête à lancer un mot d'ordre de grève si les projets du gouvernement se révélaient inacceptables. Pour la CFE-CGC, l'Union nationale des syndicats autonomes, UNSA et la CFTC, il est encore trop tôt pour prendre des positions tranchées. La CFDT a indiqué clairement que, sur la question de l'assurance maladie, il faudrait un consensus plus large que sur la question des retraites.

FLOU DU PÉRIMÈTRE DES RÉFORMES EN COURS

LE flou de la réforme est d'autant plus important que des modifications importantes sont mises en place dans des domaines proches sans que les articulations des diverses réformes soient clairement précisées. Ainsi le parlement est en train de voter des textes sur la prise en charge du handicap et de la dépendance des personnes âgées. L'enjeu ici est de savoir si les dépenses de soins des personnes âgées, aujourd'hui gérées par l'assurance maladie, seront ou non demain transférées aux collectivités locales. Les organisations syndicales ont clairement affirmé par avance leur refus de ce transfert, mais l'architecture de l'organisme qui devra demain gérer ses fonds n'est toujours pas clairement définie.

Pierre VOLOVITCH

Gaby BONNAND

Savoir se montrer à la hauteur de l'enjeu

DEPUIS sa création, l'assurance-maladie a permis d'assurer l'accès aux soins d'un nombre croissant de personnes, devenant ainsi un véritable pilier du pacte de solidarité nationale. À l'origine, l'assurance-maladie a eu pour objectif de garantir une couverture aux salariés face à la perte de rémunération liée à la maladie. Dans les années 1950, 40% du budget de la Sécurité sociale était affecté aux indemnités journalières contre 5,7% aujourd'hui. Cela illustre l'importance que représentait à l'époque le revenu de remplacement. Entre temps, nous sommes passés d'un dispositif permettant aux travailleurs de percevoir des indemnités en cas de maladie à un système garantissant à tous l'accès aux soins et leur remboursement. Pour autant des inégalités subsistent.

L'objectif de la réforme en cours doit être pour la CFDT de rendre plus équitable notre système en renforçant l'accès aux soins. Pour cela, il ne s'agit pas seulement de réfléchir en terme d'équilibre financier mais aussi d'aborder les questions d'organisation des soins et de pilotage du système pour rendre le dispositif compatible avec les changements à l'œuvre, tels que le vieillissement de la population, les progrès technologiques, etc.

UNE PROFONDE ÉVOLUTION

DANS un système tourné vers le maintien des ressources en cas de maladie, il est logique que le financement repose sur les cotisations sociales, prélevées sur les salaires, puisque les prestations constituent un salaire différé. Or, dans un système qui affecte 94% de ses dépenses aux

soins, la prestation versée par l'assurance-maladie ne peut plus dépendre des seuls revenus du travail. Nous ne sommes pas tous égaux devant la maladie. Il y a bien sûr des inégalités biologiques. Mais aussi sociales : la preuve en est que l'espérance de vie d'un ouvrier est de plusieurs années inférieure à celle d'un cadre. Toutefois, nul ne peut prétendre se garantir contre le risque maladie par ses seuls moyens. La solidarité demeure absolument indispensable.

Comment concevoir, dans ce contexte, son financement ? En 1995, la CFDT, au congrès de Montpellier, en soulignant le fait que le risque maladie n'était plus exclusivement fonction du travail, a redit fortement que son financement devait par conséquent reposer sur l'ensemble des revenus et non plus seulement sur la part salariale. C'est

pourquoi nous avons milité pour la contribution sociale généralisée (CSG). Depuis 1998, la part salariale des cotisations d'assurance-maladie est transférée totalement sur la CSG. Cette évolution répond à la nécessité d'avoir une assiette plus large que celle qui existait auparavant.

Nous pouvons dire aujourd'hui que l'assurance-maladie est parvenue à une certaine universalité dans son financement avec la CSG et la part patronale. Nous sommes également favorables à ce que les entreprises augmentent leur participation avec une contribution prélevée sur une partie de leurs bénéfices, ce que la loi n'a pas retenu.

DÉLÉGATION, ORGANISATION ET COORDINATION

L'ACCÈS aux soins dépend à la fois du niveau des prestations de santé et de l'organisation du système. Cela signifie que l'assurance-maladie et les complémentaires, qui assurent le remboursement, doivent être plus impliquées dans l'organisation du système avec une délégation claire et précise de l'État.

On connaît depuis longtemps le rôle déterminant de l'offre de soins dans la structuration du dispositif. Aujourd'hui, l'indépendance totale des professionnels dans le choix de leur installation ne peut perdurer car elle engendre des inégalités, notamment en ce qui concerne l'accès aux soins. Il ne faut pas seulement répondre aux questions d'inégalités territoriales dans l'offre de soins en augmentant le nombre de médecins, mais il faut déterminer les conditions de l'installation de ces professionnels de santé pour une meilleure répartition sur l'ensemble du territoire. Il importe aussi de redéfinir les filières prioritaires où il manquera des spécialistes à l'avenir.

De manière générale, le dispositif de distribution de soins doit passer à un système de soins coordonné

(réseaux de soins et relations ville-hôpital). Une meilleure répartition géographique des professionnels, une plus grande coopération entre eux autour du patient sont à ce titre nécessaires, de même qu'une évolution dans le mode de rémunération des professions de santé. C'est aussi comme cela que l'on progressera dans la relation entre médecine de ville et hôpital. Je rappelle que depuis 1996, l'hospitalier a fait l'objet d'actions plus fortes que la médecine de ville dans le domaine de l'organisation territoriale.

À mon sens, une plus grande implication de l'usager est également souhaitable pour lui permettre d'améliorer à la fois la prévention et la prise en charge de sa santé. La notion de parcours de santé est alors intéressante. Prenons l'exemple des soins dentaires, il serait envisageable de créer un droit à une visite annuelle chez le dentiste. L'utilisation de ce droit par le patient pourrait donner lieu à un niveau supérieur de remboursement des soins réparateurs. La responsabilisation de tous, patients et professionnels, est plus que jamais d'actualité pour garantir un système de soins de qualité. Le dossier médical partagé est une bonne idée, car il va dans ce sens. Encore faut-il qu'il soit utilisé dans cette logique, et non dans une optique de rationnement.

En ce qui concerne la gouvernance, je considère qu'elle est un moyen de concrétiser les objectifs de solidarité et non une fin en soi. Celle-ci doit conduire à traiter les principales questions institutionnelles en redéfinissant les champs de compétences et les responsabilités de chacun. L'État a une responsabilité essentielle dans la définition de la politique de santé. Il doit fixer de manière pluriannuelle les priorités de santé, le périmètre de remboursements, etc.

De son côté, l'assurance-maladie a un rôle déterminant dans la mise en œuvre des orientations votées par le Parlement. Autrement dit, les deux niveaux d'intervention pourraient davantage s'articuler. Le cadre de la

délégation mérite d'être précisé pour que les caisses assument la totalité de leur mission.

Dans les dépenses d'assurance maladie, les médicaments méritent une attention particulière, car ils constituent un poste en augmentation constante, malgré la croissance de la part des génériques dans les prescriptions. Cela tient à plusieurs raisons. Des mauvaises habitudes de la part des patients et des mauvaises pratiques de la part des médecins, qui font par exemple que les Français sont champions d'Europe de la consommation d'antibiotiques. Mais aussi la pression de l'industrie pharmaceutique, qui cherche à imposer sa logique industrielle, notamment au travers des prix, alors qu'elle ne peut ignorer que le remboursement par l'assurance maladie institue un financement en majeure partie collectif de cette consommation. Les dépenses de médicaments augmentent en effet non seulement du fait de l'évolution des volumes vendus, mais également en raison de l'apparition de produits nouveaux dont les prix sont largement supérieurs aux anciens. Pourtant, l'innovation n'est pas toujours au rendez-vous et le "service médical rendu" pas toujours beaucoup plus élevé. Les médicaments innovants devraient être cantonnés aux traitements des maladies qui leur sont strictement indiqués. Or, leurs prescriptions sont en pratique souvent étendues à des pathologies que des médicaments plus anciens soignent correctement. La politique du médicament doit tenir compte de ces dérives.

UN PARTENARIAT POUR LA RESPONSABILISATION

LE rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a établi un diagnostic partagé entre les acteurs concernés, ce qui a permis de faire avancer les choses, mais ce dossier reste éminemment politique. Tout le monde n'est pas préoccupé par les mêmes finalités. La CFDT veut participer à

la construction de l'intérêt général en répondant d'abord à sa première préoccupation, celle de la défense des salariés, des demandeurs d'emploi et des retraités. Nous sommes attachés à ce que chacun trouve dans le système de soins des réponses appropriées. Cela ne s'oppose ni au renforcement d'un système reposant sur la solidarité, ni à la responsabilisation des patients, à condition que les professionnels de santé soient aussi responsabilisés.

L'objectif que nous défendons est celui d'un meilleur accès aux soins de qualité. Cela nécessite une réorganisation du système et une plus grande équité au niveau de la couverture du risque. Nous ne souhaitons pas que la question de l'équilibre financier des dépenses publiques constitue une aubaine pour les assurances. Si nous voulons responsabiliser les professionnels de santé et les usagers, il faut que régime général et régimes complémentaires travaillent en partenariat.

Par exemple, le régime général a négocié avec les professionnels les

modalités de remboursement des visites à domicile. Celles-ci doivent désormais être médicalement justifiées. Il se trouve que des complémentaires proposent un remboursement systématique. Cela va à l'encontre de l'objectif poursuivi. Il faut donc inciter à ce que les contrats proposés par les complémentaires respectent des orientations générales fixées par la puissance publique dans un cahier des charges. De plus, afin que l'assurance complémentaire soit accessible à tous, une aide à son acquisition doit être instituée et versée seulement si le contrat est respectueux de ces règles.

En contrepartie de l'implication plus forte des complémentaires, celles-ci devraient avoir une place plus grande dans les négociations avec les professionnels, puisqu'elles deviennent partie prenante d'une couverture assurance maladie, de base plus complémentaire, coordonnée. Notre travail avec la Mutualité française a conduit à ce que nous soyons en phase avec elle sur cette question et a déjà abouti puisque la

loi ne propose ni la concurrence entre les caisses d'assurance maladie et les assurances, ni la possibilité pour les assureurs d'intervenir au premier euro pour certains soins.

L'AVENIR RESTE TOUJOURS A DÉFINIR

EN conclusion, la CFDT sait toutefois qu'il n'y a pas de réforme "magique" et que celle-là, comme les autres, ne résoudra pas d'un coup tous les problèmes posés à notre système de santé.

Le processus de réforme dans lequel l'assurance maladie est aujourd'hui engagée ne se termine pas avec le vote de la loi. C'est pourquoi la CFDT continue et continuera, avec ceux qui partagent ses objectifs, à veiller à l'avenir de ce bien commun, qui compte parmi les plus précieux de nos systèmes de protection sociale. Car il ne suffit pas de créer des outils pour que ceux-ci soient utilisés à bon escient.

Gaby BONNAND

Fédération Internationale des Droits de l'Homme

Si vous souhaitez être informé de la situation des droits de l'homme dans le monde lisez,

« la lettre de la F.I.D.H. » et ses « rapports de mission »

Abonnement annuel à « la Lettre » (24 numéros)

Simple : 45 € - Étranger : 53 €

Abonnement annuel à « la Lettre » (24 numéros) et aux « rapports de mission » (30 rapports)

Simple : 90 € - Étranger : 106 €

Abonnements par chèque bancaire ou postal à la Fédération Internationale des Droits de l'Homme

17, passage de la Main-d'Or, 75011 PARIS - Tél. 01 43 55 25 18

Pierre-Yves CHANU

La réforme de l'assurance-maladie, une rupture avec les principes du système fondé par Ambroise Croizat et Pierre Laroque

LE débat sur l'avenir de l'assurance maladie de ces derniers mois n'a pas porté sur la nécessité d'une réforme, qui était affirmée par la quasi-totalité des acteurs. Il avait trait à la nature de cette réforme. Le projet gouvernemental affirmait vouloir renforcer les principes fondateurs de 1945, refuser à la fois l'étatisation et la privatisation du système. En réalité, la réforme adoptée par le Parlement cet été pourrait bien ouvrir la voie à un changement de système, basé à la fois sur son étatisation et sa privatisation, ce qui n'est pas sans faire

penser à la réforme des retraites de 2003.

LA NÉCESSAIRE RÉFORME DE L'ASSURANCE-MALADIE

NOTRE système de Sécurité sociale a assurément besoin d'être réformé. Non seulement pour lui garantir les moyens financiers nécessaires, mais d'abord pour mieux soigner. Pour comprendre les enjeux de cette réforme, il est d'abord nécessaire de revenir sur les causes structurelles de la croissance des dépenses d'assurance maladie.

Les causes structurelles de la croissance des dépenses d'assurance maladie

Depuis 1960, la croissance des dépenses de santé¹ a été double en moyenne de celle du PIB.

Mais contrairement aux idées reçues (et largement popularisées par les ministres Philippe Douste-Blazy et Xavier Bertrand), cette croissance ne s'explique pas principalement par la surconsommation médicale, les gaspillages et les fraudes (ce qui ne veut pas dire que ces phénomènes n'existent pas). Elle tient fondamentalement au coût

élevé des soins des maladies longues et coûteuses et aux actes chirurgicaux lourds (les ALD², et les actes cotés en K50 dans le jargon de l'assurance maladie).

En effet, si 15% des ménages exposent moins de 40€ de dépenses par an et 25% moins de 150€, 5% de "gros consommateurs" représentent environ 50% du total des dépenses, et ces 50% sont avant tout des patients classés en ALD. Quatre catégories d'affections expliquent l'essentiel des dépenses : les maladies cardio-vasculaires, les cancers, les diabètes chroniques, et les affections psychiatriques liées à l'âge (exemple : la maladie d'Alzheimer).

On avance souvent une seconde explication : la cause de la croissance des dépenses de santé serait le vieillissement démographique, ce qui nous renverrait à une grille d'explication similaire aux retraites.

Ceci se révèle à l'examen en partie inexact. Selon le CREDES, le vieillissement de la population n'expliquerait qu'un tiers de la croissance des dépenses. La première cause de la croissance des dépenses, c'est le progrès technique. Les équipements les plus récents (par exemple l'imagerie médicale) sont d'une efficacité médicale importante, mais aussi d'un coût élevé. Cela est vrai également des médicaments utilisés pour soigner les pathologies lourdes comme par exemple les cancers.

Dès lors qu'on mesure les causes fondamentales de la croissance des dépenses de santé, on comprend que nous sommes confrontés à un choix de société fondamental. Répondre de manière solidaire aux besoins sociaux en matière de santé implique d'augmenter la part des dépenses socialisées allouées à la Sécurité sociale. En revanche, si on considère qu'il n'est pas possible d'augmenter les financements socialisés alloués à la santé, que les prélèvements obligatoires sont déjà trop importants, il n'y a alors d'autre solution que de limiter la part des dépenses de santé financées de manière socialisée, en limi-

tant à ce qu'on estime essentiel (certains diront les gros risques) les dépenses financées par l'assurance maladie obligatoire, le reste étant pris en charge par les assurances complémentaires et les mutuelles. Tel est le débat de société fondamental qui sous-tend la réforme de l'assurance maladie, comme il sous-tendait, mutatis mutandis, la réforme des retraites.

Cela dit, insister sur la dimension fondamentale de la question du financement ne doit pas conduire à ignorer les autres questions, celle de l'amélioration de l'efficacité des dépenses de santé, celle du pilotage du système.

Les 3 dimensions d'une réforme de progrès

Il y a bien 3 dimensions indissociables à une réforme de progrès de l'assurance maladie, telle que la conçoit la CGT.

• L'efficacité du système de soins.

Tous les acteurs en sont d'accord : il faut améliorer l'efficacité de notre système de soins, et ce d'abord pour mieux soigner, (ce qui ne veut pas dire que la lutte contre les facteurs d'inefficacité, contre les gaspillages, ne soit pas très importante). Parce que les ressources de l'assurance maladie proviennent des cotisations des assurés sociaux, ceux-ci sont à même de demander des comptes aux gestionnaires sur la manière dont leurs cotisations sont utilisées.

Cette question de l'amélioration du système pose des questions très importantes :

- la prévention : celle-ci va au-delà des campagnes de sensibilisation de la CNAM sur les dangers de l'alcool ou du tabac, ou la nécessité de faire au moins 30 minutes de marche rapide par jour. Elle devrait comporter un très important volet de prévention dans le cadre de l'entreprise et de santé au travail ; la question de l'impact de l'environnement sur la santé devrait être plus sérieusement traitée ;

- la carte sanitaire : Certaines régions sont fortement sous-dotées dans de très nombreuses spécialités. Cela nécessite une augmentation importante du numerus clausus, du fait de la démographie médicale actuelle ;

- la situation de l'hôpital public, que le gouvernement se refuse de traiter, en considérant que le plan hôpital 2007 et la tarification à l'activité règlent la question. Contrairement à ce que suggère le diagnostic du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui met essentiellement l'accent sur les questions d'organisation, l'hôpital public est à la fois confronté à un problème d'organisation et de moyens. Il faut plus de personnels qualifiés, dans l'ensemble des spécialités.

- la politique du médicament au sens large³, et plus largement de l'ensemble des biens médicaux. Celle-ci ne se limite pas à la question du développement des génériques. Il est nécessaire de s'intéresser à des questions telles le prix d'introduction des nouvelles spécialités, fréquemment un multiple de celles qu'elles remplacent. Les pratiques d'offre des entreprises du médicament⁴ devraient également être questionnées (par exemple, que penser de la prescription qui devient systématique dans certains traitements d'un anti-ulcéreux avec le médicament principal ?) ;

- le développement de la formation médicale continue et de l'évaluation de pratiques médicales.

Dans cette perspective, la question de l'amélioration des parcours de soins pourrait trouver sa place sous la forme d'incitations, et non dans la logique en quelque sorte punitive du projet de loi. Le dossier médical informatisé (avec de très fortes garanties de confidentialité) et le médecin pivot (terme que nous préférons à médecin référent) pourraient y trouver toute leur place, mais dans une logique d'amélioration de l'efficacité des soins, et non

de maîtrise comptable des dépenses.

• Le retour à la démocratie sociale

La “gouvernance” a occupé une grande place dans la phase de concertation de la réforme. Pour la CGT, cette question de la gouvernance est d’abord celle du **retour à la démocratie sociale**. La question n’est pas tant pour nous celle du retour au paritarisme, ou à un paritarisme rénové, qu’un retour, sous des formes modernisées, au principe de 1945 selon lequel “la Sécurité sociale est un service public dont la gestion est confiée à ses usagers”.

Nous militons pour un système dans lequel la responsabilité effective de la gestion serait confiée à un Conseil d’administration élu par les assurés sociaux, et composé majoritairement de représentants des salariés.

Cette question du retour à l’élection n’est pas le rappel incantatoire à une vieille revendication de la CGT. Elle est fondamentale pour donner sa cohérence au système. Seul le retour à l’élection pourra donner aux représentants des assurés la légitimité à gérer.

Retour aux principes de 1945, mais dans une logique rénovée. Il n’est pas question pour nous, par exemple, de remettre en cause le principe des lois de financement de la Sécurité sociale, mais ces dernières doivent être profondément réformées. Cela passe par 2 questions au moins : celle de la responsabilité des représentants des assurés sociaux dans l’élaboration du PLFSS⁵, celle de la pluriannualité. Selon nous, la délégation de gestion ne devrait pas porter seulement sur les dépenses, mais inclure un droit de regard sur les recettes. La discussion du PLFSS devrait s’engager à partir d’un projet établi par les Conseils d’administration, et naturellement discuté avec le gouvernement avant d’être débattu au Parlement. La 2^{ème} question est le cadre d’élaboration du PLFSS, qui devrait être pluriannuel.

• La réforme du financement

Enfin, la 3^{ème} question est celle de la réforme du financement. Il ne s’agit pas seulement de dégager plus de ressources (ce qui est indispensable car les dépenses de santé continueront à l’avenir à croître à un rythme supérieur à la croissance), mais avec une structure et une logique différente. Il faut mettre en place un mode de financement de l’assurance maladie (et plus généralement de la Sécurité sociale) qui soit favorable au développement de l’emploi stable et qualifié, ce qui est loin d’être le cas actuellement, ou le développement des exonérations patronales favorise surtout le développement d’emplois précaires et mal payés.

Sans revenir sur le détail de nos propositions, la plus importante consiste à modifier le mode de calcul de la cotisation patronale. Pour ce faire, la CGT propose un élargissement de la part patronale des cotisations à l’ensemble des richesses créées par les salariés⁶ et la création d’une cotisation sur les revenus des placements financiers des entreprises.

Les exonérations de cotisations⁷ (qui perdraient leur justification d’aide au développement de l’emploi) seraient supprimées.

*
* *

Les développements qui précèdent permettront, pensons-nous, à faire justice de l’argument du gouvernement et de la majorité parlementaire selon laquelle il n’y a pas d’alternatives à son projet de réforme. Il y en a, mais il a refusé de les discuter, puisqu’il n’y a jamais eu de négociation.

Le projet gouvernemental traite pour sa part à sa manière des 3 sujets de l’organisation du système de soins, de la “gouvernance” et du financement (qu’il intitule “mesures de redressement”), mais il les articule d’une manière telle qu’il risque de nous conduire à un changement de système.

VERS UN CHANGEMENT DE SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE ?

Responsabiliser les assurés sociaux ?

“Responsabiliser les assurés sociaux”, tel est le maître mot de P. Douste-Blazy et X. Bertrand, à la suite du Premier ministre.

Ce discours est sous-tendu par une vision du système selon laquelle la croissance des dépenses tiendrait fondamentalement aux gaspillages, voire à la fraude pure et simple. Ainsi, la “dérive” des dépenses tiendrait au “sentiment de gratuité” des assurés sociaux, tenant notamment au développement du tiers payant. Les données chiffrées rappelées par le rapport du Haut conseil pour l’avenir de l’assurance maladie rappelant qu’1/4 des assurés sociaux exposent moins de 150€ de dépenses par an tandis que 50% des dépenses s’expliquent par des soins lourds permettent de faire justice de cet argument (voir notre première partie).

Mais en présentant les choses de cette manière, le gouvernement surfe sur l’état d’esprit d’une opinion publique, pour qui le trou de la sécurité sociale s’explique par les gaspillages, tout en estimant que les gaspillages c’est “les autres”⁸. Les scandaleuses insinuations de P. Douste-Blazy dans l’émission 100 minutes pour convaincre, selon lesquelles il y aurait “10 millions de cartes Vitale en trop” sont révélatrices de cette volonté de suivre l’opinion publique, sans se préoccuper de rétablir la vérité.

Dès lors, pour responsabiliser les assurés, il faudrait qu’ils supportent un “reste à charge” qui ne puisse être couvert par les complémentaires. Présenté comme une mesure purement symbolique, le forfait d’1€ est effectivement un symbole : celui d’un système d’assurance maladie dans lequel la totalité des dépenses ne serait pas pris en charge de manière socialisée, la

part prise en charge individuellement par les assurés ayant vocation à croître dans le temps, comme le prouve l'exemple bien connu du forfait hospitalier, qui s'élevait à un peu plus de 2€ actuels au moment de sa mise en place en 1983.

Et c'est cette logique qui imprime sa marque à tout le projet de loi, depuis l'autorisation des dépassements d'honoraires pour les patients qui seraient allés consulter un spécialiste sans passer par les généralistes, jusqu'à l'obligation pour les patients en ALD de signer un protocole de soins, en passant par les menaces d'un plus faible remboursement (voire pas de remboursement du tout⁹) pour ceux qui n'aurait pas déclaré à l'Assurance maladie l'identité de leur médecin traitant ou n'autoriseraient pas le médecin à accéder au DMP¹⁰.

Cette logique de "responsabilisation" se transforme en démarche purement répressive dans certaines dispositions du projet, à partir de l'idée que la croissance des dépenses ne serait pas due seulement à la surconsommation médicale, mais purement et simplement à la fraude. C'est ce que suggère la proposition de la photo sur la carte Vitale, et c'est tout particulièrement le cas en matière d'arrêts maladie.

Dans ce domaine, le discours gouvernemental est fondé sur l'idée qu'un très grand nombre d'arrêts maladie seraient "bidons". Pour reprendre une récente expression de X. Bertrand¹¹, le chiffrage gouvernemental des économies réalisées sur les arrêts maladie est à proprement parler "abracadabrantique", puisque le chiffrage avancé de 800 M€ d'économies correspond à une baisse de l'ordre de 15% des indemnités journalières en 2007, alors que la CNAM estime à 6% la proportion d'arrêts maladie médicalement injustifiés¹². D'où tout un dispositif répressif pour les assurés (notification de la décision de suspension à l'employeur, obligation de rembourser les IJ indûment versées) comme pour les médecins (mise

sous surveillance par le contrôle médical des médecins qui prescriraient trop¹³).

L'étatisation au service de la maîtrise comptable

Le gouvernement affirme vouloir instituer un "paritarisme rénové". En réalité, il s'agit d'un pas et plus vers l'étatisation du système, avec l'institution d'un Directeur général de la CNAM nommé en Conseil des ministres, et doté de quasi pleins pouvoirs. De ce point de vue, les mots ont un sens, et pas seulement le remplacement des Conseils d'administration par des "Conseils", mais aussi l'inversion de l'équilibre des pouvoirs au sein des caisses par rapport à la situation actuelle, les Conseils n'ayant plus que des compétences limitativement énumérées tandis que le Directeur général aura une compétence générale¹⁴, et enfin le fait que le Conseil n'aura pas un pouvoir d'approbation des propositions de ce Directeur général, mais seulement un pouvoir d'opposition (qui plus est à la majorité qualifiée des 2/3 pour les décisions les plus importantes). Notons par ailleurs que ce Directeur général, qui devrait également être Directeur général de l'UNCAM¹⁵, exercera un pouvoir hiérarchique sur les caisses locales, dont il nommera les directeurs, et dont il pourra s'opposer aux décisions.

Un point essentiel est que ce Directeur général sera chargé de veiller à l'équilibre financier de la CNAM et plus généralement de l'assurance maladie. En cas de dérive des dépenses, il proposera les mesures de redressement nécessaires. L'une de ses missions principales sera donc d'exercer les fonctions d'une sorte de contrôleur financier chargé de veiller à ce que les dépenses n'augmentent pas plus que les recettes. Il proposera les mesures nécessaires, c'est-à-dire les déremboursements (des médicaments mais aussi des actes médicaux, notamment en cas de non-respect des parcours de soins), puisque l'assurance maladie n'aura

pas de maîtrise des recettes. Cette étatisation sera donc au service de la maîtrise comptable.

L'insuffisance des mesures de financement témoigne du changement de logique

Le gouvernement estime que son plan de redressement permettra un retour à l'équilibre de l'assurance maladie à l'horizon 2007. Grosso modo, il estime à 10 Mds € les économies réalisées grâce aux mesures proposées, et à 5 Mds € les augmentations de recettes.

Une polémique s'est engagée, suite à la publication par la presse des conclusions d'une note au ministre établie par la Direction de la prévision du ministère des Finances estimant que ce chiffrage était fortement surestimé.

Si on peut contester la philosophie des services de Bercy, qui estiment que les mesures d'économies ne sont pas suffisamment drastiques, le constat est en revanche incontestable. Si pour l'essentiel le chiffrage des augmentations de recettes repose sur des hypothèses crédibles¹⁶ (augmentation de la CSG, taxe additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés, affectation à l'assurance maladie d'1 Md € de taxe sur les tabacs), le chiffrage des économies générées par la réforme n'est pas justifié à 80%.

Ainsi, le gouvernement chiffre à 3,5 Mds € les économies générées d'ici 2007 (!) par l'amélioration des parcours de soins. Cette estimation s'appuie pour l'essentiel sur une étude extrêmement contestable de la CNAM¹⁷, qui ne porte nullement sur une évaluation précise des effets du DMP et du médecin traitant, mais qui se contente d'évaluer, sur une base purement statistique les gisements d'économies¹⁸.

Il en est de même de l'impact des génériques, estimé à 2,3 Mds € en 2007, alors que l'économie est au mieux de 500 M € actuellement, et a déjà évoqué la question de la baisse affichée des IJ.

VERS UN SYSTÈME DE SANTÉ A L'AMÉRICAIN ?

EN réalité, le fait que le plan ne soit pas financé n'est, ni une inconséquence, ni l'expression du "pari de la responsabilité". C'est un choix politique, celui de ne pas dégager les financements nécessaires à hauteur des besoins. Le choix explicite du gouvernement est de ne pas augmenter les prélèvements sur les entreprises (ou de les augmenter dans des proportions quasiment marginales), au nom de la compétitivité de l'économie française, tout en refusant d'ouvrir des discussions sur la réforme du mode de calcul des cotisations patronales.

Dès lors, c'est une certitude que l'objectif de résorption du déficit à l'horizon 2007 ne sera pas tenu, ce qui conduira à de nouvelles mesures de déremboursement.

Par ailleurs, la réforme de l'assurance maladie ne comportera pas une loi, mais au moins deux. A l'automne sera discutée une réforme de la loi organique sur le financement de la sécurité sociale qui reformera les lois de financement, et qui ne portera pas seulement sur la pluriannualité. Dans une interview au journal *La Tribune*, P. Douste-Blazy avait clairement situé les enjeux de cette loi en disant qu'il s'agissait de "bien faire comprendre que les lois de financement sont là pour être respectées". En clair, l'enjeu de cette loi sera de mettre en place des mécanismes tendant à assurer un ajustement automatique des dépenses aux recettes. Diverses dispositions du projet actuel, comme l'institution d'un comité d'alerte, ou la fixation par l'UNCAM du forfait par feuille de soins vont dans le même sens. La logique de la réforme consistera à équilibrer les comptes par une diminution des remboursements.

Si on ajoute à cela la création d'une aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire, le risque est qu'on aille vers un schéma de séparation gros risques/petits risques, schéma

évoqué l'an passé par l'actuel Commissaire européen J. Barrot (et qui sous-tendait également le rapport Chadelat) dans lequel l'assurance maladie obligatoire serait de plus en plus limitée aux gros risques (en gros les ALD, et pour les seules dépenses liées à l'affection principale) ainsi qu'à la prise en charge des soins des plus pauvres (avec la CMU), les autres dépenses étant prises en charge, soit individuellement, soit par l'intermédiaire de couvertures complémentaires ouvrant une large part aux assurances privées, l'acquisition de ces couvertures complémentaires étant aidées fiscalement.

On s'éloignerait ainsi progressivement, mais de manière radicale, des principes de 1945. On se rapprocherait au contraire du schéma nord-américain "medicare/medicaid".

Il ne s'agit il est vrai que d'un risque, et rien n'est jamais fatal, mais la construction de cette réforme et le choix politique de refuser d'apporter les financements nécessaires, outre qu'il conduit à reporter la charge du financement sur les générations futures à travers la dette rend ce risque bien réel.

Il reste que l'attachement profond de nos concitoyens à notre système solidaire, qu'attestent tous les sondages est le meilleur gage d'un futur différent. On n'a pas fini de débattre de l'assurance maladie.

Pierre-Yves CHANU

1. Ce que les spécialistes d'économie de la santé nomment "la CSBM" : consommation de services et de biens médicaux.

2. ALD : affections de longue durée

3. Ce qui inclut les équipements médicaux

4. Ce qui pose aussi la question du rôle des visiteurs médicaux.

5. Projet de loi de financement de la sécurité sociale

6. Concrètement, cela signifie que la cotisation patronale ne dépendrait plus uniquement, comme actuellement des salaires versés, mais également de l'excédent brut d'exploitation (ou profit brut). Le taux appliqué à ces 2 éléments pourrait être modulée de manière à favoriser le développement de l'emploi. On pourrait également envisager de déduire les dépenses qui favo-

risent le développement de l'emploi, comme par exemple les dépenses de formation, ou certains investissements.

7. Plus de 19,5 Mds € en 2003.

8. "Chacun de son côté a sa bonne conscience, signale que son médecin ne pousse pas à la consommation, que lui-même ne surconsomme pas et prend systématiquement les génériques, mais en vient vite à dénoncer les "dérives" qu'il a pu constater ou qui sont véhiculées par les médias, les faits divers ou même par la rumeur collective". Etude qualitative de CSA "Les salariés", la réforme de la Sécurité sociale et les attentes à l'égard de la CGT". Février 2004 Synthèse.

9. Lors de son discours lors de la discussion générale à l'Assemblée nationale, P. Douste-Blazy a évoqué l'absence de remboursement par l'assurance maladie en cas de refus de laisser le médecin accéder au DMP.

10. Dossier médical personnel

11. A propos du coût de la photo sur la carte Vitale, il affirme que les chiffres avancés seraient "abracadabrantés".

12. Encore faut-il s'entendre sur ce qu'est un arrêt maladie "médicalement injustifié". Il signifie qu'au moment du contrôle l'arrêt n'est pas justifié, soit que le malade soit guéri, soit que la maladie soit stabilisée. Cela ne veut pas dire que l'arrêt n'était pas justifié au moment de sa prescription.

13. Notons que le projet ne se contente pas de réprimer la fraude, ce qui est tout à fait normal, mais propose de sanctionner les médecins qui prescriraient significativement plus que la moyenne régionale, sur une base purement statistique. A la limite, on pourrait à terme sanctionner tous les praticiens qui prescrivent plus que la moyenne.

14. Il exercera les pouvoirs qui ne sont pas attribués à un autre organe, alors qu'actuellement le code de la Sécurité sociale prévoit que le Conseil d'administration des caisses de Sécurité sociale "règle par ses délibérations les affaires de l'organisme, à l'exception déléguées par lui-même ou les Caisses nationales à une union ou un groupement d'organismes". Cet article signifie que le CA a une compétence générale sur les affaires concernant sa Caisse. A la limite, il peut intervenir sur toute question concernant sa caisse.

15. Union nationale des caisses d'assurance maladie, structure chapeautant la CNAM, la CANAM (régimes des non salariés non agricoles) et la Mutualité sociale agricole, décidant notamment de l'admission des médicaments au remboursement. C'est également l'UNCAM qui fixera à l'avenir le niveau du forfait par feuille de soins.

16. Si ce n'est qu'ils n'ont pas tenu compte des conséquences de la suppression de l'avoir fiscal sur le rendement de la CSG, de sorte que l'augmentation de la CSG sur les placements financiers de 0,7% ne constitue pas une augmentation de recettes mais compense simplement la perte liée à cette suppression.

17. A propos des dépenses non médicalement justifiées. Point de conjoncture de la CNAMTS n° 25 mai 2004

18. En fait, cette étude se borne à estimer à 6 Mds € les gisements d'économies si tous les médecins qui prescrivent plus que la moyenne étaient ramenés à cette moyenne, et si la prise en charge à 100% des patients en ALD était supprimée pour tous les soins qui ne sont pas strictement liés à l'affection principale.

Pierre COSTES

Quelle place pour la médecine libérale dans l'assurance-maladie

LA réforme de l'assurance-maladie est engagée. Au moins sur le versant parlementaire. 70 décrets ou arrêtés sont nécessaires pour un véritable passage à l'acte qui seul influera sur l'organisation des soins assurés pour la population.

Voici les éléments que nous considérons comme essentiels à MG France.

POUR UNE CONTRACTUALISATION EFFECTIVE ET D'ABORD NATIONALE AVEC LES PROFESSIONS DE LA SANTÉ

LE système de santé repose sur un trépied : les assurances obligatoires, les assurances complémentaires et, logiquement, les professionnels de santé. Les

assurances, par nature, assurent les soins au sens économique. Les professionnels de santé eux aussi assurent les soins, mais au sens médical. Ces trois entités (RO, RC, Professionnels) doivent marcher de conserve, sur la base de contractualisations : les soignants ont besoin des assurances pour assurer le risque et les assureurs ont besoin des soignants pour... soigner le risque. Or la loi qui renforce considérablement les uns nécessite une grande attention dans sa mise en œuvre. Ce n'est pas le tout que le Parlement décide, que l'assurance-maladie mette en œuvre les décisions. S'il n'y a pas de contractualisation renforcée avec les professionnels, le processus va s'arrêter là, la réforme ne pourra pas se déployer. L'assurance-maladie a des compétences nouvelles sur l'installation des médecins, sur la permanence des soins, leur coordination...

Sans instance en regard, elle se met à gérer la profession. Ce n'est pas acceptable et en ce qui concerne MG France, ça ne sera pas accepté.

La création de l'Union Nationale des professions de santé va dans le bon sens car il serait quand même dommage que cette réforme se transforme en "1995 à l'envers" ! En 1995, les professionnels de santé se sont opposés au plan Juppé qu'ils sentaient se faire sur leur dos. Aujourd'hui, ils revendiquent de participer à la réforme dans le cadre d'une responsabilité partagée et ils risquent, s'ils n'obtiennent pas toute leur place, de la combattre. Nous serons évidemment très vigilants. C'est indispensable. Comment imaginer, par exemple, que le dossier médical personnel soit géré par appartenement, séparément par chaque profession. Il ne faut pas non plus que les professionnels se fassent impo-

ser un modèle de dossier par les unions de caisses ou les unions de complémentaires.

A PROPOS DU MÉDECIN TRAITANT

PLUSIEURS éléments de la réforme proposée par Philippe Douste-Blazy touchent les médecins de très près et notamment celui du médecin traitant. Nous considérons que l'intérêt des patients et de l'assurance-maladie, est de mettre en place en France un système de santé organisé, reposant sur des soins de première intention identifiés par les médecins traitants. Un mode d'emploi clair pour les patients doit permettre des prises en charge différentes selon le parcours du malade. Je pense qu'il n'y a pas lieu d'attendre l'installation des nouvelles instances de l'assurance-maladie pour entamer les discussions. Rapidement, il faut réunir tous les syndicats médicaux et discuter du médecin traitant et surtout des médecins spécialistes "correspondants". Car plus importante que les conditions mêmes de choix ou de renouvellement du médecin traitant apparaît la question : comment se situent les spécialistes correspondants ? Quels éléments de coordination, quelles garanties de retour d'information ou de délais de prise en charge ? Et bien entendu, quelle valeur financière de la majoration

du CS - remboursée - au titre de cette coordination... ?

LE NIRVANA ILLUSOIRE DU DOSSIER MÉDICAL PERSONNEL

QUE de fantôme à ce propos. La forme du dossier électronique correspond à la technologie du moment. Or la technologie n'est qu'au service du système. S'il n'y a pas aujourd'hui d'échange papier entre les médecins traitants et les spécialistes correspondants, si le compte rendu d'entrée ou de sortie de l'hôpital ne va pas jusqu'en ville, alors ce n'est pas l'informatique qui va changer quelque chose. Il faut donc d'abord travailler sur les échanges d'informations, les améliorer, les systématiser et se pencher ensuite sur leur dématérialisation. C'est le partage des données qui construira le dossier médical personnel, pas l'inverse. Il est illusoire de croire qu'un jour un dossier médical électronique va tomber du ciel tout seul. Nous avons ouvert des travaux sérieux avec les pharmaciens d'officine, avec les laboratoires de biologie. Il pourrait en être de même entre les radiologues et les généralistes, au-delà des expériences locales au demeurant intéressantes. Toujours plus de partage de données est la meilleure voie vers le dossier partagé.

CHANGER LE "UN EURO", STIGMATE DES MESURES COMPTABLES

DERRIÈRE le slogan, il s'agit d'un problème de fond. Si on veut responsabiliser les patients, il faut s'intéresser précisément à ceux qui ne font pas preuve de responsabilité. Mais sur des bases médicalisées. Ceux qui n'emprunteraient pas les parcours de soins, ceux qui refuseraient - ce sera possible - de choisir un médecin traitant. Pour ceux-ci, pourquoi pas une franchise de 1 euro, au même titre qu'un ticket modérateur plus élevé ? Par contre, ce que propose le gouvernement qui taxe chaque accès aux soins sauf pour les économiquement faibles n'est pas cohérent. Soit c'est "1 euro comptable" - qui équivaut à une augmentation de 7,5 % du ticket modérateur (sur une valeur du C du MG à 20 euros, passage du TM de 6 à 7 euros) - et alors il faut taxer tout partout - il n'y a pas de raison d'exonérer là ou là ; soit il s'agit d'une mesure médicalisée et alors nous demandons que les patients qui respectent les parcours de soins en soient exonérés. Ceux qui ont déjà choisi un médecin référent pour commencer, puis tous ceux qui auront un médecin traitant.

Pierre COSTES

NUMÉROS À PARAÎTRE

- Une France sécuritaire ?
- La recherche
- Les USA
- Les régions

Jacques BELGHITI

L'hôpital, bien public, service public

L'HÔPITAL public est lié au service public. La première mission du service public est la mission de proximité. L'hôpital public doit pouvoir soigner tout le monde dans des délais courts. Il a la mission d'assurer, c'est-à-dire de recevoir ou de diriger les urgences. Le service rendu par l'hôpital public n'est pas lié au nombre d'actes réalisés. On ne compte pas les actes et on ne compte pas le temps passé avec un malade. Mais tous ceux qui s'intéressent au système de santé vous parleront mieux de cet aspect.

En ce qui me concerne je voudrais insister sur une autre mission de l'hôpital public : soigner de mieux en mieux. Les centres hospitalo-universitaires (CHU) ont été créés dans cette perspective en associant dans un même lieu les soins, la recherche et l'enseignement. La recherche comporte deux volets, souvent intriqués, la recherche fondamentale qui est créée dans des laboratoires et la

recherche clinique qui se développe dans les services cliniques. La recherche clinique n'est pas facile à appréhender et est insuffisamment valorisée. Elle consiste par exemple devant un malade, à bien identifier sa maladie, à en repérer les particularités et si elles existent, les comparer aux données de la littérature médicale. Cette démarche a quatre stades : savoir observer, savoir rechercher dans les revues, savoir comparer et enfin savoir transmettre. Cette approche peut nécessiter la réalisation d'un plus grand nombre d'examens complémentaires est un des facteurs qui expliquent pourquoi les prix de journée sont plus élevés dans les CHU. On saisit la relation qui existe entre la recherche et l'enseignement. Les pays qui ont abandonné la recherche ont un enseignement de faible qualité. La synthèse des données observées, comparées aux autres expériences et leur transmission est le principal facteur de quali-

té médical. La recherche clinique concerne en tout premier lieu les essais thérapeutiques qui testent des traitements médicamenteux. C'est cette démarche qui fait progresser la pratique médicale. On est dans de la médecine qui se fait.

La médecine française est de bonne qualité parce que cette triple mission soins, recherche et enseignement est inscrite dans la loi depuis 1958 (Loi Debré). Beaucoup d'hôpitaux français sont vétustes, souvent beaucoup plus délabrés que ceux que l'on rencontre dans d'autres pays Europe. Et pourtant la qualité de la médecine française attire des malades de multiples pays étrangers y compris de plusieurs pays d'Europe. Cette attraction résulte de deux atouts qui risquent de s'affaiblir : l'activité médicale hospitalière n'est pas trop parasitée par l'activité libérale et les médecins ont une relative indépendance vis-à-vis de leur administration. Cette indépendance laisse les compé-

tences et les talents s'épanouir mais elle peut favoriser une certaine irresponsabilité vis-à-vis des ressources financières qui se restreignent. L'administration hospitalière, en France, est plutôt de très haut niveau. Elle sait faire la discrimination de la qualité. Elle laisse se développer les innovations des bonnes équipes et, par exemple, il existe peu ou pas de très bons praticiens n'ayant pas pu développer leur service à l'Assistance publique de Paris (AP). L'évolution économique va restreindre cette autonomie qui sera compensée par l'intervention d'organismes chargés de donner des moyens à ceux qui ont un projet innovant. Mais saura-t-on sélectionner ces projets ? Nous n'avons pas la culture des grands organismes de recherche comme l'INSERM ou le CNRS. Les médecins français mettent en cause tout mode de sélection car ils ont tellement peur de la pénalisation qu'ils refusent toute valorisation.

L'hôpital Beaujon est fortement imprégné de cette culture du service public. Ainsi, la totalité des médecins et des chirurgiens des services d'hépatologie et de gastro-entérologie n'ont pas d'activité privée. Cette position n'est pas uniquement fon-

dée sur des arguments "idéologiques". Cette position se fonde, pour certains d'entre nous, sur le refus d'utiliser des locaux et du personnel public pour augmenter leurs revenus personnels. L'expérience montre que l'activité privée dans une institution publique accentue l'inégalité d'accès aux soins et des disparités dans les conditions d'hospitalisation. Mais au-delà de ces positions, l'activité privée peut parasiter l'activité de soins et la démarche universitaire. J'ai toujours été étonné par la tolérance de l'administration vis-à-vis de ces pratiques. Peut-être y trouve-t-elle son compte en se donnant un moyen de pression vis-à-vis de certains médecins. La connaissance de certains abus donne du pouvoir à l'administration. Elle y trouve également une justification à la faiblesse de la rémunération des médecins qui travaillent beaucoup. Comme il n'existe pas d'évaluation de la qualité et de la quantité du travail médical, certains politiques pensent que le droit au privé valorise la compétence.

Mon sentiment vis-à-vis de la dernière réforme n'est pas très favorable. Elle se base sur un changement de comportement des

malades. S'il s'agit d'un pari, il sera perdu. Mais si cette réforme institutionnalise une médecine à deux vitesses, avec la complicité des organismes corporatistes de médecins, elle risque de réussir et changera beaucoup de choses. Ainsi ceux qui ont des moyens pourront aller voir directement le spécialiste de leur choix qui leur appliquera un tarif fort. Les spécialistes qui réclament des honoraires libres y trouveront leur compte. Il sera impossible de les responsabiliser, d'ailleurs le gouvernement y songe-t-il ? Le dossier médical "partagé" va divulguer de nombreuses aspects que le malade a le droit de sauvegarder. Des antécédents de traitement psychiatriques, une séropositivité, des interventions gynécologiques dans l'adolescence voire même une autre consultation chez un "confrère" sont des informations qui ne doivent être mises entre toutes les mains. Enfin et surtout je ne vois rien dans cette réforme susceptible de faire progresser l'hôpital public. La création des pôles a une logique purement économique. C'est un vrai choix de société.

Jacques BELGHITI

Plutôt que d'acheter au numéro :

Abonnez-vous

(30% d'économie)

Renseignements en dernière page

Dossier médical informatisé : le patient doit rester maître du partage de l'information sans être pénalisé

DANS le cadre du projet de loi relatif à l'assurance maladie actuellement soumis au Parlement, le gouvernement prévoit la mise en place d'un dossier médical personnel, unique, à visée exhaustive, informatisé et accessible par des moyens électroniques. Le dossier de chaque assuré serait identifié au moyen d'un numéro dérivé du numéro de sécurité sociale. L'accès à ce dossier de tous les praticiens de santé consultés par le patient conditionnerait le remboursement des actes et prestations.

Les sous-signés considèrent que le schéma de dossier médical personnel tel qu'il figure dans le projet de loi :

- porte atteinte à la relation de confiance et à la confidentialité qui régit le colloque singulier médecin-malade, sans qu'il soit prouvé qu'il contribue efficacement à la promotion de soins de qualité,

- sera la plupart du temps inexploitable sur le plan médical dans une visée de continuité des soins,

- risque d'être très coûteux pour des économies attendues aléatoires,

- est dangereux pour les droits fondamentaux et les libertés individuelles, en tendant à constituer un véritable "casier sanitaire" : non seulement il retracera un historique du parcours de santé, mais l'usage d'un identifiant dérivé du numéro de sécu rendra possible le rapprochement des données de santé avec

d'autres données personnelles du patient,

- constitue une mesure inéquitable et injuste pour les citoyens, du fait de l'obligation de présenter le dossier médical personnel à chaque praticien de santé sous peine de non-remboursement total ou partiel des actes : seuls les plus aisés financièrement pourront s'en libérer s'ils le souhaitent.

Aussi, convaincus que les progrès des technologies de l'information et de la communication peuvent être utilisés au bénéfice des personnes, mais que cela suppose, en lieu et place d'une exhaustivité hypothétique et d'une transparence absolue du dossier médical, des échanges d'information contextualisés en rap-

port avec les circonstances du soin, les sous-signés estiment que le dossier médical informatisé doit être réalisé dans le respect des droits fondamentaux des personnes. Cela implique de :

- supprimer toute disposition qui conditionne le remboursement des actes et prestations à la présentation obligatoire du dossier ;
- renoncer à identifier le dossier médical par un numéro dérivé du numéro de sécurité sociale ;
- promouvoir un dispositif où le dossier médical informatisé correspond à des sous-dossiers distincts, par exemple en fonction des différents professionnels ou établissements interlocuteurs du patient ;
- établir des règles pour gérer ces sous-dossiers et faciliter la communication entre professionnels de santé, selon des droits d'accès et des échanges électroniques d'information respectant les volontés de chaque patient ; des dispositions particulières peuvent être prévues pour les situations d'urgence médicale.

SIGNATAIRES :

Organisations :

Alternative libertaire, ARCAT, ATTAC France, Biens publics à l'échelle mondiale, Association Chamboulou, Association citoyenne des originaires de Turquie (ACORT), Association française de psychiatrie, Association des Travailleurs Maghrébins de France (ATMF), Centre de coordination pour la Recherche et l'enseignement en Informatique et Société (CREIS), Droits et libertés face à l'informatisation de la société DELIS, Fédération des AIDE, Fédération des Tunisiens pour une citoyenneté des deux rives (FTCR), Fédération nationale Sud santé-sociaux, Fédération française des associations et amicales d'insuffisants respiratoires (FFAAIR), Filière Blanche, Ligue des droits de l'Homme (LDH), Mouvement National Vie Libre, Observatoire du droit des usagers dans les institutions sociales (ODU), Parti Radical de

Gauche (PRG), Rando's Ile-de-France, Sol En Si, SOS homophobie, Syndicat de la magistrature (SM), Syndicat de la médecine générale (SMG), Syndicat national CGT INSEE, Syndicat national des médecins de PMI (SNMPMI), SOS Hépatites Fédération, Syndicat des psychiatres français, Union syndicale de la psychiatrie (USP)

Premiers signataires :

Cécile Alvergnat (anciennement membre de la CNIL), Marguerite Arene (psychologue), Bertrand Badie (professeur des universités), Fernando Bertolotto (sociologue santé public), Michel Chauvière (directeur de recherche au CNRS), Thérèse Couderc (Unité de neuro-immunologie virale, Institut Pasteur), Jean-Pierre Deschamps (professeur de santé publique), Patricia Echevarria (chef de projet à la Mission de prévention des conduites et des toxicomanies du Conseil général de la Seine-Saint-Denis), Laurent El Ghozy (chef de service hospitalier), Marcel Goldberg (Directeur INSERM Unité 88), Roland Gori (professeur de psychopathologie clinique), Jacques Higelin (chanteur), Meryem Marzouki (IRIS, Imaginons un réseau internet solidaire), Didier Ménard (médecin généraliste), J. Milliez (chef de service de gynécologie-hôpital St-Antoine), Patrick Pelloux (AMUHF : association des médecins urgentistes hospitaliers de France), Anne Perraut Soliveres (cadre supérieur infirmier), Jacques Richaud (praticien hospitalier-CHU Toulouse), Catherine Quantin (Professeur du service biostatistique et informatique médicale), Georges Yoram Federmann (psychiatre).

—

Françoise Acker, Thérèse Allainmat (psychiatre) Dominique Armant, Martine Baudin Rathier, Jean-Daniel Beau (Psychiatre), Philippe Beaudiment (psychiatre), Christine Bellas Cabane (pédiatre), Agnès Bertomeu (psychologue), Guy Blouin, Pascal Boissel, Serge Bourquard (praticien hospitalier), Bernard Brunie (médecin), Jacques Bury, Jean-Michel Cartier (bénévole au GISTI), Renaud Cazalis (médecin), Jean-Luc Chair,

Ouri Chapiro (médecin du travail), Hassen Chedri, François Clouard, Hubert Cros, Chantal de Bodinat (psychanalyste), Delphine Deffontaines (médecin de PMI au CDAS), Vincent Delahaye (médecin généraliste), Jacques Delarue (psychiatre), Marie-José Del Volgo (patricien hospitalier), Inès De Oliveira, Catherine Dolbeau, Patrick Dubreil, Corinne Dufour, Florence Dumas, Jocelyn Etienne, Martine Fleury (psychiatre), Gilles Formet (psychiatre), Dominique Friard (infirmier secteur psychiatrique), Jean-Louis Galaup (médecin), Florence Gaudard (médecin), Yves Gigou (cadre supérieur de santé), Catherine Grandjean, Armelle Guivarch le Naour, Lucie Guyot (médecin généraliste), Dominique Hasselmann (LDH Paris 10/11), François Herbert (psychiatre), Monique Herold (responsable LDH santé/bioéthique), Chantal Jacqué (psychiatre), Paul Jacquin (pédiatre), Gérard Jobard, Jean-François Katz (médecin psychiatre et pédopsychiatre), Alain Lacombe (psychologue, psychanalyste), Françoise Lagabrielle, Alette Largillière (psychiatre), Alain Le Bouëtté (psychologue), Caroline Leduc, Louis Legrand (MCU-PH), Brigitte Leguen, Dominique Le Houézec, Jean-Pierre Lellouche, Francis Le Port (psychiatre), Dominique Llabres (psychologue), Mireille Llabres, J-C Maleval, Philippe Masson, Marc Maximin (psychiatre), Jean Moxhon, Patrice Muller (médecin généraliste), JL Nedelec (psychiatre), Elisabeth Penide, Eric Piel (psychiatre), Anne Brigitte Poli (psychologue clinicienne), Abrami Prawerman, Liliane Prawerman, Alain Quéméré (neuro-psychiatre), Geoffrey Queyrol, Patrice Roche (médecin du travail), Jean-Marie Rodrigues (PUPH Santé publique), Jean-Maurice Salen (médecin), Francis Sérieys, Georges Saada (médecin), Christine Salomon (anthropologue), Henri Sandillon, Alain Sounier, Nathalie Soveaux, Pierre Suesser, Huynh Tan Si, Dominique Tavé, Catherine Theux (psychanalyste, psychologue), Jean-François Thiebaut (psychiatre), Gérard C.C. Thomas, Martine Toulet (médecin), Adeline Toullier (juriste).

Sélection d'après-demain



- **DÉFIS RÉPUBLICAINS**
par Jean-Pierre CHEVÈNEMENT
Editions Fayard
648 pages

Tous les Français se souviennent que Jean-Pierre Chevènement a été candidat à la présidence de la République en 2002, il portait les espoirs du Mouvement des citoyens qu'il avait créé en 1992. Ce mouvement est devenu en 2003 le Mouvement Républicain et Citoyen.

Né à Belfort de parents instituteurs, énarque, membre du Parti socialiste de 1964 à 1993, fondateur animateur du CERES de 1966 à 1993, maire de Belfort, l'auteur a été, sous la présidence de François Mitterrand successivement ministre d'Etat chargé de la recherche et de la technologie, puis de l'Industrie, ministre de l'Education nationale, enfin ministre de la Défense. Ministre de l'Intérieur sous le gouvernement Jospin, de juin 1997 à août 2000. Homme de conviction il n'hésitera pas à quitter le Gouvernement par trois fois pour marquer son désaccord avec la politique du Gouvernement, auquel il appartenait, la dernière fois au sujet de la politique concernant la Corse.

Il raconte avec beaucoup de détails le fameux congrès d'Epinay, qui scella entre François Mitterrand et lui "une relation qui ne s'effaçait jamais, même si après la guerre

du Golfe et le traité de Maastricht" il choisit de s'éloigner.

Ce livre est beaucoup trop volumineux, plein d'anecdotes concernant le parcours de Jean-Pierre Chevènement pour que l'on puisse s'étendre ici sur les 22 chapitres qu'il comporte.

C'est un récit sans langue de bois. L'auteur "ne prétend pas tout savoir". Il sait que "tout témoignage est subjectif" et que le sien "ne saurait échapper à la règle". Il est conscient que les espoirs qu'avec d'autres il avait mis dans la refondation du parti socialiste d'Epinay et dans l'union de la gauche ont rencontré la réalité du capitalisme globalisé.

Ce livre est celui d'un esprit libre, engagé dans l'action, fourmillant de révélations, de portraits, d'anecdotes, riche d'analyses percutantes. Il donne aussi la vision de l'auteur de l'Histoire de France et du monde de ces dernières décennies. Il éclaire le passé d'un jour sans concession et nous projette vers l'avenir pour lequel il dessine un projet enthousiasmant pour la France et l'Europe du XXI^{ème} siècle.

Outre ces 22 chapitres ce livre comprend un avant-propos, une introduction, une conclusion, 8 annexes dont une lettre manuscrite de François Mitterrand datée du 21 août 1979 et un index.

Il intéressera certainement les historiens et les étudiants.

Denise JUMONTIER

ACHETEZ LES COLLECTIONS RELIÉES DE NOS NUMÉROS PAR ANNÉE

1998

« Immigration »
Une politique des transports
Cent ans de combats pour les droits de l'homme
Les entreprises publiques ont-elles un avenir ?
L'agroalimentaire
Eau et développement durable

1999

Les services postaux en Europe
La famille à l'approche du XXI^{ème} siècle
La sécurité
Pour une politique de l'énergie
L'insertion

2000

La défense
Une politique industrielle est-elle d'actualité ?
L'impunité
Les institutions européennes
Les communes
La liberté d'association

2001

Internet et la démocratie
Les transports
La laïcité
2001 : une justice en mouvement
Les tribunaux de commerce
Citoyenneté et corps intermédiaires

2002

Le Président de la République
L'Etat et le marché
Le principe de précaution
Gouverner l'Europe
L'Islam dans le monde

2003

La jeunesse entre éducation et répression
L'Afrique aujourd'hui
VI^e République ?
La guerre au XXI^e siècle
Gestion des âges et retraites
Le libéralisme économique à l'épreuve des faits

1975 - 1978 - 1979 - 1980 - 1983 - 1984 - 1986 - 1987 - 1989 - 1993 (épuisées)

Numéros parus en 2004 : Lobbying, communication d'influence et démocratie ; Les frontières de l'Europe ; Démocratiser la mondialisation ; Communication et citoyenneté ; La réforme de l'assurance-maladie.

Possibilité de commander séparément certains numéros de ces années sous réserve du stock.

Prix et renseignements ci-dessous.

JOURNAL MENSUEL DE DOCUMENTATION POLITIQUE

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

Après-demain n'est pas vendu dans les kiosques, mais seulement dans quelques librairies, il faut le commander ou s'abonner. Les numéros déjà parus et non épuisés sont encore en vente. Il existe des collections reliées des numéros par année (liste des numéros parus ci-dessus).

ABONNEMENT ANNUEL Ordinaire : 34 € • Étudiants et Syndicalistes : 26 € • Encouragement : 54 € •

Étranger : 51 € • Avion : 55 € • Règlement groupé de 5 abonnements : 122 €.

ABONNEMENT ANNUEL AVEC SUPPLÉMENT DROITS DE L'HOMME France : 49 € • Étranger : 66 €

PRIX DU NUMÉRO : France : 8 € (timbres, chèques ou mandat à joindre à votre demande). Étranger : 11 € (par CCP ou par coupon-réponse international).

COLLECTIONS RELIÉES DES NUMÉROS PAR ANNÉE Jusqu'en 1970 : épuisées • 1971 : 8 € • 1972 : 8 € • 1973 : 8 € • 1974 : 8 € • 1975 : épuisée • 1976 : 8 € • 1977 : 8 € • 1978 : épuisée • 1979 : épuisée • 1980 : épuisée • 1981 : 17 € • 1982 : 20 € • 1983 : épuisée • 1984 : épuisée • 1985 : 21 € • 1986 : épuisée • 1987 : épuisée • 1988 : 25 € • 1989 : épuisée • 1990 : 28 € • 1991 : 28 € • 1992 : 28 € • 1993 : épuisée • 1994 : 34 € • 1995 : 34 € • 1996 : 34 € • 1997 : 34 € • 1998 : 34 € • 1999 : 34 € • 2000 : 34 € • 2001 : 34 € • 2002 : 34 € • 2003 : 34 €

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

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

* Remise libraire : 10%
TVA : 2,10 % comprise dans le prix