



LA PROTECTION SOCIALE

AU-DELÀ DU DÉFICIT AGITÉ COMME UN ÉPOUVANTAIL, LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE POSE LA QUESTION DE LA PROTECTION SOCIALE ET DE SES PRINCIPES. DES REMÈDES EXISTENT POUR RENFORCER LES DROITS SOCIAUX ET LES SOLIDARITÉS, FONDEMENTS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

L'ÉTAT SOCIAL, UNE RÉVOLUTION SANS THÉORIE

Le **xx^e** siècle nous a légué une révolution : l'État social, avec ses quatre piliers : protection sociale, droit du travail, services publics et politiques économiques de soutien à l'activité et à l'emploi. En dépit des attaques libérales, cette révolution reste d'actualité mais l'État social n'a pas sa théorie.

Avec l'État social, le **xx^e** siècle nous a finalement légué une révolution. Une révolution inachevée, mais non moins réelle. Pour s'en convaincre, il suffit de penser à l'importance de ce qu'on peut nommer les quatre piliers de l'État social : la protection sociale, les services publics, le droit du travail et les politiques économiques de soutien à l'activité et à l'emploi.

Ces quatre piliers ont été fortement déstabilisés suite au tournant libéral opéré à partir du début des années 1980. L'État social n'en demeure pas moins d'actualité pour trois raisons.

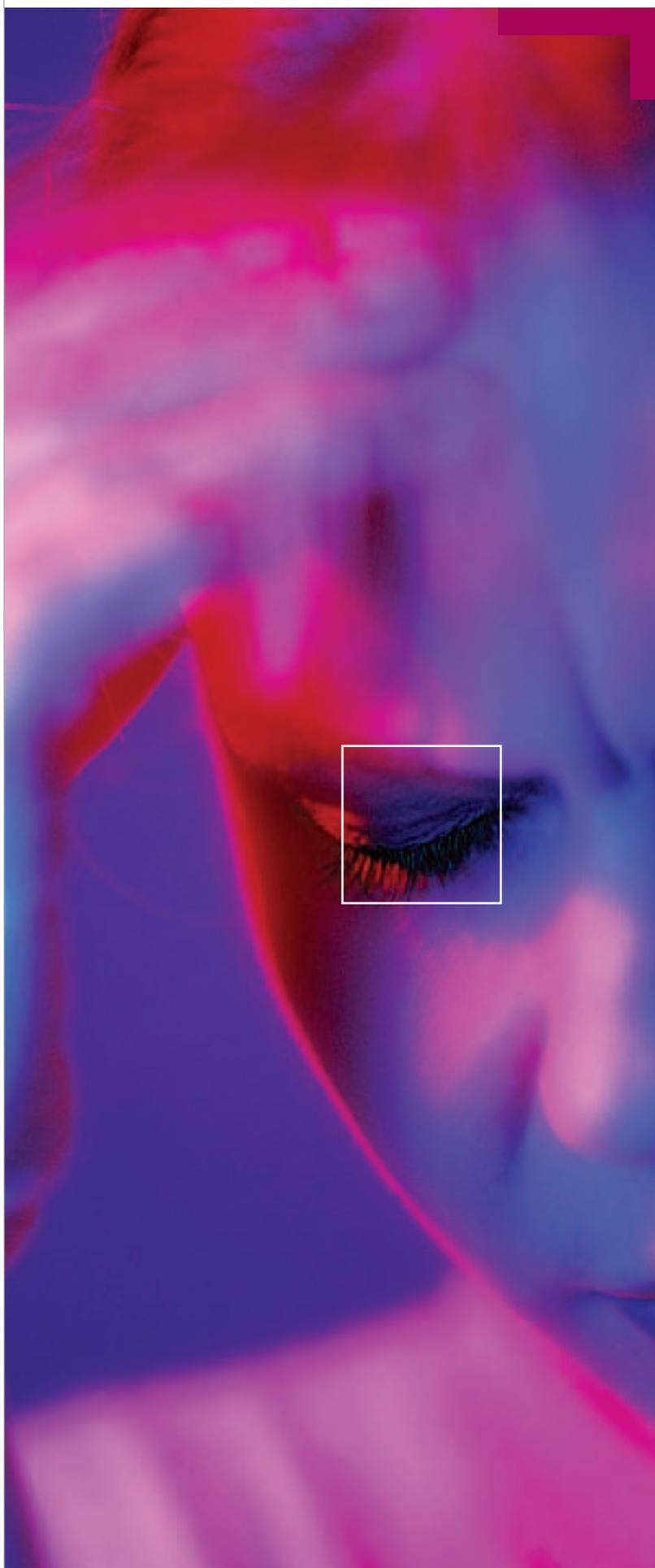
En premier lieu, parce qu'en dépit des assauts répétés du libéralisme, il existe toujours bel et bien. Preuve qu'il joue un rôle à bien des égards irremplaçable, ses quatre piliers ont ainsi été plus écornés que mis à bas au cours des vingt dernières années. Des exemples ? En dépit des réformes libérales du système de protection sociale, plus de 35 % du revenu disponible des ménages, en France, est constitué de prestations sociales. Une proportion énorme si on songe qu'au début du **xx^e**, elle atteignait péniblement 1 %. Une proportion qui a continué à augmenter sensiblement au cours des vingt dernières années, puisqu'elle est passée de

30 % en 1981 à 36 % en 2002. En dépit de sa flexibilisation incontestable, approfondie récemment par la remise en cause du « principe d'ordre social » (1), le droit du travail continue, de même, à structurer profondément les relations d'emploi et de travail, sans qu'on perçoive d'ailleurs comment il pourrait en être autrement (le droit du travail comme toute règle génère des économies considérables de savoir, de négociation, etc.). La remise en cause, bien réelle, des services publics, n'a pu, quant à elle, empêcher, par exemple, que la part des « prélèvements obligatoires » dans les pays de l'OCDE soit plus importante aujourd'hui qu'au début des années 1980. En France, la part des emplois de la fonction publique est même plus élevée aujourd'hui que dans les années 1970. Quant aux politiques économiques de soutien à l'activité et à l'emploi, les États-Unis les utilisent toujours abondamment. Avec des résultats finalement plutôt probants si on songe aux piètres performances enregistrées en Europe, où leur remise en cause a, au contraire, été systématique.

Cette dernière remarque permet d'introduire la seconde raison qui fonde l'actualité de l'État social. L'application des préceptes libéraux, on l'a dit, n'est pas parvenue à mettre à bas

l'État social, même si des évolutions contrastées ont, en fait, été enregistrées selon les pays et selon chacun des quatre piliers recensés (les États-Unis et la Grande-Bretagne, par exemple, ont largement préservé leur capacité d'intervention en matière de politique économique, les pays scandinaves leur « pilier » protection sociale, etc.). Elle n'en a pas moins été réelle. Avec plus de vingt ans d'application des préceptes libéraux, on dispose ainsi d'une profondeur de vue suffisante pour apprécier leur efficacité. Or, et c'est tout le problème pour les libéraux, on peut juger que les résultats promis ne sont guère, c'est un euphémisme, au rendez-vous. Le « changement de ton » opéré par des institutions telles que le FMI, la Banque mondiale ou l'OCDE (les institutions européennes faisant exception par ce qu'il faut bien nommer leur dogmatisme) le prouve à sa façon. À l'évidence, la page du libéralisme conquérant des années 1980-1990 se tourne.

La troisième raison n'est rien d'autre que la mise en perspective des deux précédentes. L'État social s'est déployé, en particulier dès 1945, à partir d'un constat simple : le capitalisme libéral, dominant jusqu'alors, s'était avéré incapable de répondre à une série de besoins sociaux en



matière de santé, de plein-emploi, de réduction des inégalités, etc. Les déboires du capitalisme libéral au XIX^e et au début du XX^e siècles, son incapacité à résoudre la «question sociale» entendue au sens large (pas uniquement la lutte contre la pauvreté), ont ainsi légitimé la construction progressive de l'État social et de ses quatre piliers. Mais ce qui était vrai hier, l'est-il encore aujourd'hui ? Certains soutiennent que non. Les libéraux, bien entendu, et ils sont ici dans leur rôle. Mais ce ne sont pas les seuls. De nombreux travaux d'inspiration plus «critique» laissent aussi clairement entendre que l'État social aurait été en quelque sorte adapté au «capitalisme fordiste», celui des trente glorieuses, et serait avec lui dépassé. D'où une étonnante convergence entre des libéraux, qui ne cessent d'en appeler au retrait de l'État et certaines thèses «critiques» qui les rejoignent pour soutenir que la politique économique, par exemple, «ne peut plus rien faire», qu'au fond, l'État social lui-même est finalement une figure du passé. Il faudrait s'interroger sur les racines de cette convergence qui, pour être partielle, n'en est pas moins saisissante. Reste l'essentiel pour notre propos : ceux qui vendent la «peau de l'ours» de l'État social, ou qui invitent à l'«adapter» aux supposées contraintes irréversibles de la financiarisation ou de la mondialisation, se doivent de démontrer que ce qui était avéré hier, l'incapacité du capitalisme libéral à résoudre la question sociale, ne l'est plus aujourd'hui. On peut soutenir, au contraire, que la «question sociale», requiert une intervention publique «inaugurale», qui vaut d'ailleurs plus largement car le capitalisme, le marché, et celui-ci n'est pas réductible à celui-là, ne peut, de façon générale, tenir sans déterminants (la monnaie, le droit, etc.) qui lui sont fondamentalement extérieurs. On peut même soutenir que l'intervention publique est plus nécessaire aujourd'hui encore qu'hier pour deux raisons.

En premier lieu parce que la démocratie s'est enracinée comme norme de fonctionnement de nos sociétés

>>>



>>>

(plus personne ne se prononce ouvertement contre). Or, la «question sociale» ne peut pas ne pas recevoir durablement de réponse, dans ce cadre. Il est ainsi aisé de constater qu'en France – mais cela vaut bien au-delà – le libéralisme a été, depuis plus de vingt ans, systématiquement rejeté à chaque élection (même si c'est parfois de la pire façon). En second lieu, parce que des besoins qualitatifs (en matière de santé, de retraite, de formation, de culture, etc.) sont appelés à croître sans cesse. Des besoins que le capitalisme, à l'évidence, ne prend pas en charge plus efficacement que le public. Le fait qu'aux États-Unis, les dépenses de santé soient moitié plus élevées qu'en France (15 % du PIB contre 10 %), pour des performances moindres, l'atteste amplement.

Penser la positivité de l'intervention publique

Véritable révolution du xx^e siècle, l'État social, n'a paradoxalement pas sa théorie. Des linéaments existent certes, mais pas à proprement parler de théorie. Cette absence de théorie est patente si on se réfère à l'économie publique dominante. Inscrite dans le paradigme néo-classique, elle ne légitime l'intervention publique qu'*a minima*, ne la pense qu'à l'aune du marché. Comme pour s'excuser d'avance, elle pointe les défauts, les insuffisances du marché («market failures»), dans certaines circonstances bien définies (existence de biens collectifs, d'externalités ou de rendements d'échelle croissants) pour justifier cette intervention. Ce

sont ces imperfections du marché, et elles seules, qui la justifient. Pas (ou peu) de positivité propre, fondatrice, de l'intervention publique. Une négativité congénitale, au contraire, que l'on retrouve d'ailleurs dans le programme assigné à l'État : réaliser autant que possible le «programme du marché» que des imperfections (exogènes ou endogènes) comme les asymétries d'information) l'empêcheraient de réaliser lui-même. On ne saurait concevoir d'assise plus fragile pour l'État social. D'où la propension de ces travaux à plaider pour sa transmutation en État social-libéral. En matière d'emploi, cela donne le programme suivant. Les libéraux et les sociaux-libéraux s'accordent sur l'essentiel : seule la baisse du coût du travail est, selon eux, susceptible de réduire le chômage. Mais là où les libéraux préconisent la suppression (ou la réduction) du Smic et des allocations chômage, les sociaux-libéraux préconisent, pour leur part, l'intervention de l'État (d'où leur appellation de «néo-keynésiens» ou de «nouveaux keynésiens»). Pas n'importe quelle intervention, bien entendu, puisque l'État doit réaliser le «programme du marché», en l'occurrence réduire le coût du travail. D'où les mesures d'«aides publiques à l'emploi» ou d'«impôt négatif» (pour inciter les chômeurs à accepter des «petits boulots»).

L'État social contre le capitalisme

Mais l'hétérodoxie est aussi en cause. L'incapacité de la principale théorie

critique du capitalisme, le marxisme, à penser positivement l'État et, au-delà, le caractère irréductible du champ du politique, contribue, pour une large part, à expliquer cette situation. Dans la tradition marxiste, qui rejoint pour le coup étrangement la pensée libertaire, l'État est pensé comme une simple béquille au service de la classe dominante, en l'occurrence le capital. On lui reconnaît, à la rigueur, une certaine autonomie, mais en prenant soin d'inscrire celle-ci dans un rapport global de «dérivation», selon lequel l'État est toujours, au fond, dérivé du capital et de ses contradictions. Que l'État ait été historiquement et soit encore souvent au service du capital, est une évidence. La conquête de marchés à la canonniers hier, l'intervention publique pour sauver les marchés et les investisseurs financiers, comme ce fut le cas encore récemment suite au krach financier du début du millénaire, en témoignent. Tout comme en attestent les quelques vingt milliards d'euros d'«aides publiques à l'emploi», généreusement distribuées aux entreprises pour des effets en termes de créations d'emplois qu'on peine à repérer. Mais doit-on réduire l'État à cela ? Les assauts du capital privé contre la Sécurité sociale ou les services publics ne témoignent-ils pas qu'il peut, à travers justement l'État social, avoir une dimension anti-libérale et même proprement anti-capitaliste ? Ne peut-on soutenir que nos sociétés, pour être capitalistes, sont aussi structurées par l'État social, et plus largement, si on songe au rôle des



associations, ce qu'on nomme le «tiers secteur», par un ensemble de rapports non-capitalistes, et même souvent non-marchands, qui portent en eux la négation du capitalisme ? Bref, que nous vivons d'ores et déjà non pas dans des «sociétés de marchés» – ou, distinction spécieuse, dans des «économies de marché» –, mais dans des sociétés (et économies) avec marché et intervention publique.

Le programme inachevé de Keynes

D'autres traditions critiques que le marxisme existent certes. Dans le champ de l'économie, la théorie keynésienne invite à penser la positivité propre de l'intervention publique. Au cœur de la théorie keynésienne se trouve en effet la thèse – partagée par Marx même si c'est selon une toute autre optique – selon laquelle le capitalisme libéral n'est pas le système de régulation économique le plus efficace. Le problème, pour Keynes, et ce point mérite d'être souligné à l'encontre des relectures néo-classiques dominantes qui en sont faites aujourd'hui (cf. les néo- ou les nouveaux keynésiens), n'est donc pas un problème d'imperfections. Ce ne sont pas d'éventuelles imperfections qui sont source d'inefficacités et de gaspillages. C'est le système de «concurrence parfaite» laissé à lui-même qui a toutes les chances de se traduire par une insuffisance de la croissance et donc par du chômage de masse. L'intervention publique sous formes de politique budgétaire, de politique monétaire mais aussi de

politique de redistribution des revenus est donc nécessaire, pour réaliser une série de besoins sociaux – le plein emploi et la réduction des inégalités en particulier – que le marché laissé à lui-même ne peut réaliser. Avec Keynes, et ses successeurs post-keynésiens, l'État a donc commencé à recevoir sa «positivité propre» dans le champ de la théorie et de la politique économique. Mais ce ne sont que des linéaments, dans la mesure notamment où Keynes, en se focalisant sur le soutien public à l'investissement privé en capital, ne s'est pas autorisé à systématiser cette positivité propre de l'intervention publique.

L'État social n'a donc, au final, pas à proprement parler sa théorie. On comprend ainsi que, depuis plus de vingt ans, les assauts du libéralisme à son encontre n'ont donné lieu qu'à des réponses essentiellement défensives. Au-delà, il est aisé de constater que la force du libéralisme, avec ses différentes déclinaisons (du libéralisme le plus tranché au social-libéralisme), tient moins à ses réalisations concrètes, qu'aux difficultés à lui opposer un projet alternatif un tant soit peu cohérent.

Comment penser l'État social ?

De nombreux et précieux travaux ont été réalisés sur chacun des piliers pris séparément mais finalement peu sur la cohérence d'ensemble de l'État social. Pour penser cette cohérence, mais aussi celle des assauts libéraux qui lui sont adressés, on peut au moins retenir trois logiques :

- Une logique institutionnelle (versus une logique contractuelle) qui repose sur l'idée simple – mais incompréhensible pour le libéralisme économique – selon laquelle l'intérêt général ne peut se réduire au jeu des intérêts particuliers ;
- Une logique de socialisation de la production de richesse et des revenus (versus une logique de leur détermination concurrentielle et privative). Le financement de la protection sociale par la cotisation signifie, par

exemple, qu'à la fin de chaque mois, une fraction de la richesse produite par le travail est «prélevée», c'est-à-dire, socialisée, pour être (sans passage par la capitalisation) reversée sous formes de prestations sociales ;

- Une logique de mieux-être social (versus une logique du risque) qui signifie que la vocation de l'État social n'est pas seulement de garantir un filet de protection minimale pour les plus démunis, ce à quoi veulent le réduire les libéraux. Sa vocation est autrement plus ambitieuse : garantir, à tous, que demain sera meilleur qu'aujourd'hui. Les prestations sociales, pour l'essentiel, n'offrent pas de ce fait un minimum social (c'est le cas pour les minima sociaux mais qui ne représentent qu'une très faible part des dépenses de protection sociale) mais un certain niveau de vie. Une certaine idée du progrès social, en quelque sorte, que certains s'acharnent à nous présenter comme une figure du passé.

L'État social a sans aucun doute des limites. La bureaucratisation, il serait vain et surtout contre-productif de le nier, est son talon d'Achille. Une chose est cependant de pointer ces limites pour mieux les dépasser. Autre chose est d'en prendre prétexte pour en revenir sur cette révolution du xx^e siècle, alors même que c'est sans doute en creusant son sillon que l'on peut reconstruire une perspective d'émancipation. ■

Christophe Ramaux

Maître de conférences à Paris I.

→ NOTE/RÉFÉRENCE

1. Ce principe stipule qu'une règle de niveau inférieur ne vaut que si elle accorde un «plus» au salarié. L'accord de branche doit être plus favorable que la loi pour le salarié, l'accord d'entreprise plus favorable que l'accord de branche, etc. •

BRÈVE HISTOIRE DE LA PROTECTION SOCIALE



La protection sociale émerge au cours du XIX et XX^e au fil de luttes politiques et sociales. On passe de l'assistance à laquelle se sont résignés les libéraux à l'assurance sociale fondée sur les droits sociaux et les solidarités remise en cause par la loi du 30 juillet 2004.

La fin du XIX^e et le début du XX^e voient la naissance d'une législation sociale et en 1928-1930 sont instituées les premières lois sur les assurances sociales. Les allocations familiales sont créées en 1932. Mais les prestations sont faibles. Il faut attendre le programme du Conseil national de la résistance et le rapport de forces politique favorable de la Libération pour que le patronat concède la hausse du coût salarial nécessaire au financement de prestations conséquentes. L'État inscrit alors, dans le droit, les garanties collectives nécessaires, leur financement et leur gestion. C'est l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui constitue le texte fondateur de la Sécurité sociale : *«Il est institué une organisation de la sécurité sociale destinée à garantir les travailleurs et leur famille.»* Le principe en est : *«Chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.»*

Les assurances sociales (vieillesse, maladie, maternité, invalidité) sont ancrées sur le travail et financées par les cotisations sociales. Le projet d'universalité (caisse unique pour tout le monde) ne peut alors se réaliser en raison de l'opposition des régimes spéciaux et des travailleurs indépendants. On créa donc plusieurs caisses (régime général, agriculteurs, non-salariés), à côté des régimes spéciaux. Dans la fonction publique, les mutuelles obtinrent une délégation de gestion de l'assurance maladie, elles servent donc de «caisse de sécurité sociale» des fonctionnaires.

Depuis 1945, on a pu observer des évolutions importantes, d'abord dans le sens de l'extension de la prise en charge des soins et des médicaments : l'assurance maladie s'élargit à l'ensemble de la population avec la généralisation de la couverture maladie en 1978 et la création de la CMU en 1999. Mais depuis les années 80, on assiste à de nombreuses tentatives pour remettre en cause les acquis avec des régressions fortes (forfait hospitalier, déremboursements...) et

des inégalités sociales qui se creusent.

Des modifications de la gestion de la Sécurité sociale

Depuis 1945, la responsabilité de la gestion des caisses de sécurité sociale a été modifiée à plusieurs reprises. Au départ, seuls les syndicats (sans le patronat) désignaient les membres des conseils d'administration, puis ce sont les assurés qui élirent leurs représentants parmi ceux qui étaient proposés par les syndicats. La gestion par les syndicats est liée au financement de la Sécurité sociale par des cotisations salariales et patronales («salaire socialisé») qui légitimait les droits des assurés sociaux à gérer les ressources de la Sécurité.

Les ordonnances Pompidou de 1967 réorganisèrent les caisses en les séparant par risques (maladie, vieillesse, famille), supprimèrent l'élection des administrateurs et instaurèrent un mode de gestion paritaire entre représentants des assurés et des employeurs. C'est la Cnam (Caisse nationale d'assurance maladie) qui gère donc la branche assurance maladie pour le régime général, la MSA pour les agriculteurs, et la CANAM pour les artisans et professions libérales.

En 1982, le principe de l'élection fut rétabli et la majorité des sièges réservée aux syndicats. Des élections eurent lieu en 1983, pour un mandat de six ans, puis furent constamment repoussées. En juin 1996, la parité entre représentants des assurés sociaux et des employeurs et représentants des salariés désignés par les organisations syndicales, et non plus élus, a été rétablie (ordonnances Juppé). Le Medef a depuis lors décidé de ne plus siéger dans les caisses, considérant que cela ne relevait pas de ses compétences sauf ce qui concerne accidents du travail et maladies professionnelles. En soi, ce retrait est la marque d'une volonté de désengagement du patronat du financement de la Sécurité sociale. Il devrait cependant y

revenir, dans le nouveau contexte créé par la loi d'août 2004.

L'État joue un rôle de tutelle et de contrôle qui s'est renforcé en 1996 avec la loi constitutionnelle qui donne compétence au Parlement pour se prononcer sur les équilibres prévisionnels des comptes sociaux, le Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) voté chaque année à l'automne comme le budget de l'État, et qui fixe notamment l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM), objectif régulièrement dépassé d'ailleurs. L'État a également la maîtrise du prix des médicaments. Ainsi encadrés, les choix de gestion des caisses sont extrêmement limités.

Le financement

Il a lui aussi été profondément modifié : à l'origine exclusivement financé par des cotisations salariales et patronales, le système a ensuite évolué, au fur et à mesure de l'extension de la protection sociale, et s'est élargi en prenant en compte l'ensemble des revenus des ménages, avec la création de la CSG ; les produits de diverses taxes y ont également été affectés. Sans que ces choix aient été réellement discutés, les cotisations ne représentent plus aujourd'hui que 53 % des recettes de l'assurance maladie. Surtout, la tendance actuelle est à une opposition de plus en plus forte entre la solidarité financée par l'impôt et l'assurance basée sur les cotisations, ce qui conduirait au démantèlement de la protection sociale alors même que l'interpénétration des deux est de nature à la préserver.

L'ensemble des dépenses de santé n'est pas couvert par l'assurance maladie. On n'est pas dans le «tout gratuit», contrairement à ce que répétait le ministre Mattéi, d'abord parce que ce qui est «gratuit» est financé par les prélèvements sur les salaires, et d'autre part, parce qu'une partie des dépenses reste aux frais du patient (environ 11 %) et qu'une part équivalente est

>>>



>>>

remboursée par les assurances dites complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance, assurances privées). La question de la place des complémentaires est centrale car, insidieusement, on est passé de l'exigence d'une assurance maladie obligatoire pour tous, à l'exigence d'une «complémentaire pour tous», prenant ainsi acte d'une insuffisance de la Sécu et renonçant à conquérir ou à reconquérir de nouveaux droits !

Pour les politiques libérales à l'œuvre, il s'agit d'amplifier ce processus afin de diminuer toujours plus la dépense socialisée et d'afficher des baisses de prélèvements obligatoires, de créer un marché concurrentiel des complémentaires, ce qui promet de nouvelles régressions et des transferts de charge vers les individus. Avec l'assurance privée, on ne reçoit pas selon ses besoins mais selon ses moyens, ce qui ne permet pas l'égalité face à la santé alors même que des inégalités sociales en matière de santé perdurent. La loi votée le 30 juillet 2004 n'est sans doute pas celle espérée par le Medef. Elle ne privatise pas la Sécurité sociale et maintient – pour l'instant – les principes de solidarité qui en sont le fondement. Pour autant, au nom de la responsabilisation (et en pratiquant la culpabilisation), elle introduit des mécanismes qui ouvrent la porte à la privatisation. En refusant de poser clairement la question des financements, en reportant la dette, elle fragilise l'assurance maladie. On le sait, les déficits ne seront pas réduits en 2007 car les mesures adéquates n'ont pas été prises. Preuve sera ainsi faite qu'il faut aller plus loin dans la différenciation des

risques et dans les transferts sur les assurances complémentaires. Et ce sera alors l'occasion pour le gouvernement de démontrer qu'il faut passer à la vitesse supérieure et enclencher de nouvelles régressions. Certains voudraient d'ailleurs hâter l'instauration de la franchise d'un euro (prévue par la loi au 1^{er} janvier 2005) au vu de l'augmentation prévue du déficit 2004. Le ministre a également déclaré début août que : *«Si à terme, les comportements ne sont pas modifiés, nous serons contraints de mettre en place une franchise en fonction des revenus.»* ! La franchise d'un euro sera appliquée y compris pour les visites à l'hôpital non suivies d'une hospitalisation ! Seuls les enfants, les femmes enceintes et les bénéficiaires de la CMU en seront exemptés. Un décret fixera le plafond à partir duquel elle ne serait pas appliquée : le chiffre de 50 euros a été avancé !

À l'exception des consultations de pédiatre, gynécologue, ophtalmologiste, le parcours de soins, avec passage par le médecin traitant (généraliste, médecin salarié, spécialiste) devient la norme sous peine de pénalisation financière. De fait, ceux qui en auront les moyens passeront outre, et le spécialiste aura, dans ce cas, la possibilité de dépasser ses tarifs !

La nouvelle «gouvernance» introduite par la loi de 2004 maintient l'assurance maladie sous le contrôle de l'État qui nomme un directeur général des caisses chargé de pouvoirs importants. Une Haute autorité de santé donnera un avis fondé sur des critères scientifiques mais aussi économiques. Entre injonc-

tions et avertissements avec un comité d'alerte pour veiller au grain, quelle sera l'autonomie de la Cnam, et donc des représentants des salariés qui ne seront pas élus mais désignés ?

Les caisses regroupées en Union avec une compétence élargie sur les dépenses devront décider d'éventuelles mesures de «redressement» sans pouvoir agir sur les recettes. Les mutuelles, qui ont obtenu à la fois un partenariat et une aide à l'accès à la complémentaire (mais pas le crédit d'impôt qu'elles souhaitaient), se réjouissent tout en contestant, comme les organisations syndicales, les mesures financières du plan. Mais dans la course à «une complémentaire pour tous», les assurances privées voient se profiler un avenir beaucoup plus souriant.

Le droit à la santé suppose une prise en charge de haut niveau pour tous. Il implique également une action déterminée pour améliorer la santé publique et s'attaquer aux facteurs sociaux qui jouent un rôle important dans la croissance des dépenses, comme la santé au travail ou la dégradation de l'environnement. Sur ce terrain, c'est l'inaction qui domine, comme le montre le vide du plan anti-pollution approuvé en juillet. Par ailleurs, cette loi est bien timide en ce qui concerne l'évolution des pratiques médicales et la réorganisation du système de soins. Elle ne répond pas à nos exigences. C'est une bataille dans la durée que nous aurons à mener, il faut nous y préparer. ■

Elizabeth Labaye

Secrétaire nationale du Snes.

→ NOTE/RÉFÉRENCE

1. LABAYE, E. et al. *Politiques de santé : refonder la solidarité*. Paris : Syllepse, 2004. ISBN : 2-84950-010-0. •



LE FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE

Ce gouvernement a choisi d'agiter le déficit de l'assurance maladie sans rien dire des évolutions des recettes et des dépenses qui produisent ce déficit. Le déficit devient alors un leurre qui permet de ne pas poser la question de l'organisation même du système de soins.

S'il y avait un réel débat public sur l'assurance maladie, nous devrions débattre du fait que 60 ans après la mise en place de l'assurance maladie, les inégalités sociales de santé perdurent (1). Chacun constate que ce n'est pas cette crise là qui est mise aujourd'hui en avant par un gouvernement qui agite le déficit comme un épouvantail.

Le déficit est le résultat d'un sous-financement

Le déficit annuel de l'assurance maladie, plus de 10 milliards d'euros en 2003 et 2004, est important. D'où vient-il ? Côté dépenses, on enregistre, depuis cinq ans, une augmentation qui progresse à un rythme proche de 6 % par an. Côté recettes en 2000 et 2001, parce que la situation de l'emploi s'améliorait, les recettes augmentaient, elles aussi, sur un rythme proche de 6 %. Les déficits ont été alors contenus. À partir de 2002, la dégradation de la situation de l'emploi pèse sur l'évolution des salaires. Les recettes progressent à des rythmes qui ne dépassent pas 3 %. Le déficit se creuse.

Les causes du déficit

Le déficit de l'assurance maladie a donc deux causes. Le chômage de masse en réduisant la progression des salaires sape les bases du financement de l'assurance maladie. Les dépenses progressent plus vite que la richesse nationale (2). C'est une bonne nouvelle. Nous affectons une part croissante de la richesse à prendre en charge la souffrance et à faire reculer la mort. C'est d'autant plus une bonne nouvelle que les dépenses de soins créent des emplois. Mais les néo-libéraux ont décidé que cette dépense n'était pas finançable collectivement. Ce qu'ils ont décidé de ne pas financer s'appelle un déficit.

L'impasse de la négation

Les comptes de l'assurance maladie peuvent être contestés pour plusieurs raisons : on a multiplié les politiques d'exonération de charges dont certaines sont compensées par le budget de l'État tandis que d'autres demeurent non compensées, l'affectation de certaines taxes (alcool, tabac, assurance automobile...) au financement de l'assurance maladie fluctue de façon totalement arbitraire, les transferts entre caisses de sécurité sociale transforment les circuits de financement de la protection en une tuyauterie infernale...

Cette situation n'est pas acceptable. Il faut faire en sorte que les comptes de l'assurance maladie soient établis sur des bases transparentes et permanentes. Cela devient plus triste quand l'obscurité des comptes est utilisée par certains pour nier l'existence d'un problème de financement. Les fables les plus élaborées circulent ici. Il suffirait que l'État reverse à l'assurance maladie les taxes sur les tabacs et les alcools qu'il lui a « volées », il suffirait que l'ensemble des employeurs règle leurs dettes, il suffirait de supprimer les exonérations de cotisations, il suffirait... pour que le déficit de la Sécurité n'existe plus. Il y a quelque chose de pathétique en fait à entendre des camarades expliquer que 20 ans de chômage de masse ne posent aucun problème à la protection sociale et que si des problèmes sont affichés, c'est uniquement le résultat d'astuces comptables qu'il suffirait de réécrire autrement. Pour comprendre, il faut se souvenir que ces pratiques de dénégations ont leur source dans le fait qu'une partie de la gauche et de l'extrême gauche française veut nier le déficit car elle ne veut pas poser la question de l'organisation du système de soins.

On peut, bien sûr, financer les dépenses d'assurance maladie. Aucune loi « naturelle » n'interdit de mettre dans les dépenses de soins plus de 10 %, ou tout autre pour-

centage, de la richesse nationale. La vraie question est comment le faire.

Je pense qu'il nous faut absolument sortir d'une forme « religieuse » du débat sur cette question. Le financement de la protection sociale par des cotisations sociales assises sur le revenu du travail manifeste une responsabilité sociale

Quel autre financement ?

de l'entreprise qui va bien au-delà du personnel qu'elle emploie (3). À l'inverse, le financement de la protection sociale par la fiscalité rapprocherait le fonctionnement de notre système de protection sociale de celui des pays anglo-saxons dans lesquels la responsabilité sociale de l'entreprise est moins affirmée. On peut donc, avec de bonnes raisons, défendre un financement par cotisations mais sans tomber dans une lecture purement « nominaliste » de la réalité. Le Danemark est le pays d'Europe dans lequel l'impôt joue le plus grand rôle dans le financement de la protection sociale. Mais si vous avez la curiosité d'aller jeter un coup d'œil à l'impôt danois, vous découvrez qu'il s'agit d'un impôt prélevé à la source, proportionnel au revenu pour une très large première tranche qui intègre près des deux-tiers des salariés. Et vous vous posez la question : quelle différence alors entre l'impôt danois et la cotisation française ? Les bonnes questions ne portent pas sur les appellations, elles portent sur les formes concrètes du calcul des contributions.

Si l'on veut ne pas se crispier sur des questions de forme, il faut se poser des questions de fond. J'en vois au moins deux qui sont centrales.

>>>

>>>

Quelle responsabilité sociale de l'entreprise ?

Il faut conserver un financement qui affirme une responsabilité sociale forte et large de l'entreprise. Le financement de l'assurance maladie doit demeurer intégré au «coût du travail». Une fois affirmé le principe de cette responsabilité, pourquoi ne pas envisager que ce financement puisse être modulé de manière différenciée entre les entreprises (intégration de la valeur ajoutée dans l'assiette, modulation de la cotisation en fonction des comportements de l'entreprise en matière d'emploi...)? Plus important, nous ne devons pas nous cacher que maintenir cette forme de financement suppose que nous soyons capables de réduire le niveau de chômage et de donner à ce mode de financement une dimension européenne plus large (4).

Quel rôle de la protection sociale dans la redistribution ?

Il me semble souhaitable de réaffirmer que la fonction de la protection sociale est d'assurer une redistribution horizontale (des biens portants vers les malades, des jeunes vers les vieux, des actifs employés vers les actifs sans emploi...), la fonction de redistribution verticale (des riches vers les pauvres) étant assurée par d'autres politiques (politique d'emploi, salaire minimum, impôt progressif). Les «libéraux-sociaux» poussent, au contraire, à la mise en place de prestations «ciblées» sur les plus pauvres. Cette orientation est dangereuse : ces prestations (RMI, CMU...) sont destinées à devenir des «pauvres prestations» parce que sa fonction principale est de masquer la volonté d'abandonner les autres outils de redistribution verticale (progressivité de l'impôt, établissement d'un salaire minimum réellement protecteur contre la pauvreté...). De ce choix, il découle qu'il n'y a rien de choquant à ce que le financement de la protection sociale se fasse sur la base de contribution proportionnelle dès lors que, dans le même temps, la progressivité de

l'impôt est maintenue, voire renforcée.

Il existe des propositions de taxations sur les revenus financiers qui s'appuient sur la modification de la répartition de la richesse au profit des revenus du capital constatés ces 20 dernières années (5). Ces propositions peuvent être pédagogiquement intéressantes dans la mesure où elles rappellent que la richesse existe pour financer une prise en charge solidaire des besoins sociaux, en particulier les soins de santé. Au-delà, elles ont peu de sens. Être capable de mettre en place une taxation significative des revenus financiers suppose de disposer d'un rapport de forces favorable. Quand nous disposerons de ce rapport de forces, il sera, sans aucun doute, plus urgent de réduire la place des revenus financiers, en particulier en développant l'emploi et les salaires, que de les taxer.

Affirmer que l'on peut financer l'assurance maladie ne dispense pas de se poser la question de l'utilisation de ces financements. La vraie crise de l'assurance maladie n'est pas financière. C'est une crise d'efficacité. Le compromis de 1945 n'a donné à l'assurance maladie qu'un rôle de payeur (6). On ne lui a donné aucune fonction d'organisation du système de soins, et encore moins de fonction dans les politiques de santé. C'est cette limitation du compromis de 45 qu'il faut aujourd'hui dépasser. Cela suppose que l'assurance maladie (re)devienne capable de faire des choix, en particulier dans ce qu'elle finance (7). Cela veut dire que les questions qu'il faut poser sont les questions qui, au-delà de la définition de la masse globale de financement nécessaire, portent sur l'utilisation de ce financement. Ici sont les vraies questions démocratiques, bien plus fécondes et importantes que l'utilisation du déficit comme épouvantail. ■

Pierre Volovitch

Chercheur à l'Institut de recherches économiques et sociales (Ires).

→ NOTES/RÉFÉRENCES

1. LECLERC, A., FASSIN, D., GRANJEAN, H. et al. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000. ISBN : 2-7071-3247-0.
2. Cette tendance n'est pas propre à la France, elle se constate dans l'ensemble des pays développés.
3. FRIOT, B. *Puissances du salariat*. Paris : La Dispute, 1998. ISBN : 2-8430-3009-9.
4. Ceux qui nous expliquent qu'il faut diminuer les «charges» des entreprises sont justement ceux qui pensent que «tout a été déjà tenté» contre le chômage et que le seul avenir envisageable de l'Europe est celui d'un grand marché libéral.
5. Au cours de ces 20 dernières années, la part des salaires et des cotisations sociales dans la richesse nationale a perdu 10 points. Avec un PIB de 1 500 milliards d'euros, cela veut dire que si la répartition de la richesse nationale redevenait aujourd'hui ce qu'elle était au début des années 80, il y aurait 150 milliards de plus du côté des salaires et des cotisations sociales. De quoi éponger les 10 milliards de déficit de l'assurance maladie.
6. L'assurance maladie finance de façon collective une demande qui fait face à une offre qui reste (professionnels libéraux, cliniques privées, officines pharmaceutiques, industrie pharmaceutique...) très largement privée.
7. La Sécu fait vivre les professionnels du soin et l'industrie pharmaceutique. Certains camarades pensent qu'accepter de réfléchir à ce que nous décidons collectivement de prendre en charge (discuter du «panier de soins») est en soi pervers. Peut-on leur rappeler que proposer à l'assurance comme unique programme de financer tout ce que les professionnels et les industriels sont prêts à proposer, aujourd'hui et demain sur le marché du soin, c'est la conduire à l'épuisement rapide. •

DERRIÈRE LE FINANCEMENT, UN CHOIX DE SOCIÉTÉ

Les réformes néo-libérales n'ont pas vraiment pour objet de «maîtriser» les dépenses de santé ou les retraites. Il s'agit plutôt d'en modifier le mode de financement de manière à préserver le partage des richesses, quitte à tourner le dos à la solidarité.

Le débat sur le financement de la Sécurité sociale est plombé par ce sophisme néo-libéral : les dépenses croissent trop vite, donc il faut qu'elles soient à la charge des individus. Les «réformes» de l'assurance maladie et des retraites ont alors en commun de contingentier les dépenses, tout en multipliant les dispositifs privés tels que fonds de pension et assurances complémentaires. Que ces dépenses augmentent plus vite que le

PIB, c'est une réalité ; mais tout se passe comme s'il existait un «plafond de verre» invisible qui empêcherait les retraites ou la santé de dépasser un certain pourcentage du PIB.

Discrimination à l'égard des dépenses socialisées

Cela ne va pas de soi, car les structures de consommation se déplacent constamment. En gros, la part des consommations de base (ali-

mentation, habillement) décroît constamment, celle des biens d'équipement stagne, et celle des services tend à augmenter. Il ne viendrait à l'idée de personne de dire que la croissance du poste loisirs-culture, pourtant bien plus rapide que celle du PIB, est excessive. Il y a donc une autre caractéristique des dépenses ainsi montrées du doigt : c'est leur mode de financement socialisé, à travers le versement de cotisations sociales.

>>>

>>>

Celles-ci faisant partie du coût salarial, toute progression des dépenses qu'elles servent à couvrir exerce par conséquent une pression à la hausse des salaires.

Une constante : la modération salariale

De ce point de vue, la volonté de limiter cette progression n'est qu'une variante du principe général de «modération salariale». Il s'agit, de la part du patronat, de maintenir la part des salaires au niveau très bas qui est le sien aujourd'hui, voire de la faire baisser à nouveau. Pour réaliser cet objectif, il est évidemment essentiel de contenir les dépenses sociales, d'autant plus que le problème est à peu près réglé en ce qui concerne le salaire direct. L'alternative est donc très claire : on pourrait fort bien continuer à financer la protection sociale par la cotisation à condition d'accepter que la part salariale retrouve un niveau correspondant mieux à une répartition équitable des revenus entre salaires et rentes financières.

Le meilleur moyen de montrer qu'il s'agit bien d'un problème de répartition, c'est de souligner que les réformes néo-libérales n'auront pas pour effet d'infléchir significativement les dépenses pour la santé ou les retraites. Certes, elles vont en freiner la part socialisée, mais elles vont aussi faire exploser les dépenses privées. Ce pronostic est

Baisse des dépenses socialisées et explosion des dépenses privées

corroboré par l'observation de la situation aux États-Unis où les dépenses de santé représentent près de 14 % du PIB, contre 10 % en France. Ainsi la privatisation de l'offre de santé ne conduit pas à la modération des dépenses. Elle n'assure pas non plus une meilleure efficacité : en 2000, l'Organisation mondiale de la santé classait les États-Unis au 37^e rang, loin derrière la France qui occupe la première place.

La logique du modèle néo-libéral

Le modèle néo-libéral ne se distingue donc pas par une plus grande «frugalité» mais plutôt par une distribution très inégale. Pour résumer : les «pauvres» qui ne bénéficient que des retraites et des soins publics voient leur situation relative se dégrader sensiblement. Les autres peuvent compléter, à pro-

portion des revenus dont ils disposent. Le principe de solidarité qui vise à déconnecter la satisfaction des besoins du revenu individuel est alors battu en brèche.

L'argument de l'efficacité

Il est peu opératoire en ce qui concerne les retraites, puisqu'il s'agit dans ce cas de distribuer des revenus. Mais il joue un grand rôle pour la santé, où il ne s'agit pas de revenus mais de soins et de médicaments. Les partisans de la réforme parlent alors de surconsommation, en jetant un doute sur la légitimité de la progression des dépenses. On aimerait que cet esprit critique s'exerce avec la même vigueur à propos d'autres dépenses comme l'automobile ou la publicité. Ce débat devrait être mené au fond, en examinant par exemple la responsabilité de l'intensification du travail (ou du chômage) sur les dépenses de santé compensatoires.

Une chose est sûre en tout cas : ce n'est pas en s'en remettant au marché qu'une société peut effectuer consciemment les choix essentiels sur ses priorités et sur la répartition de la richesse qu'elle produit. Sous prétexte d'équilibres budgétaires, le projet néo-libéral représente un tournant irréversible vers un agencement de la société où tous les secteurs socialisés seraient réintroduits dans la sphère marchande, au détriment de la solidarité et de l'égalité. ■

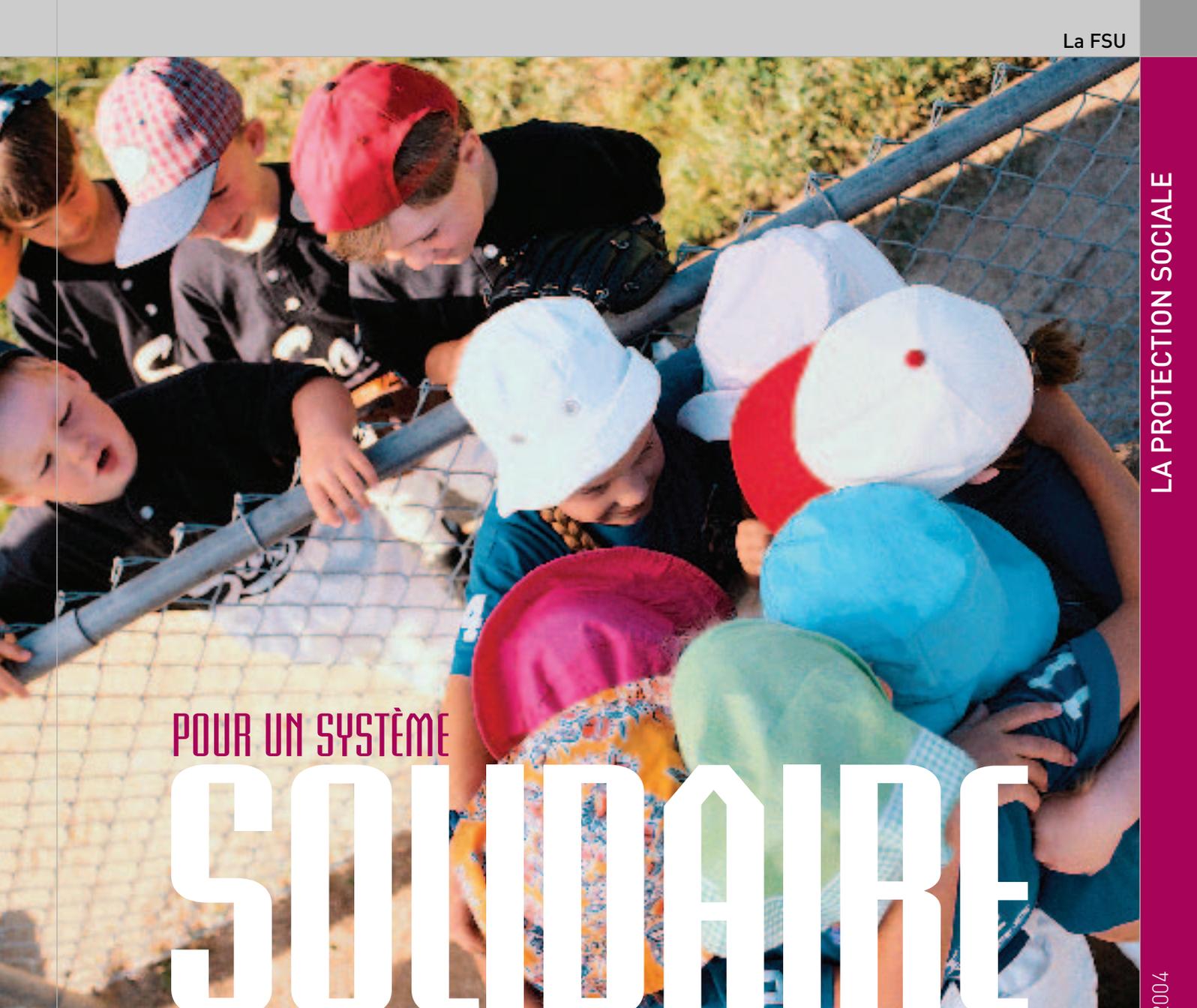
Michel Husson

Chercheur à l'Institut de recherches économiques et sociales (Ires).

→ NOTES/RÉFÉRENCES

HUSSON, M. *Les casseurs de l'État social. Des retraites à la sécu : la grande démolition*. Paris : La Découverte, 2003. ISBN : 2-7071-4189-5.

Marchandise : ressources en économie critique. <http://ecocritique.free.fr>. [Page consultée le 7 octobre 2004]. •



POUR UN SYSTÈME

SOLIDAIRE

Pour la FSU, il y a nécessité d'une réforme profonde du système de santé pour remédier aux inégalités, améliorer son fonctionnement, rapprocher les citoyens de la Sécurité sociale et permettre par des financements socialisés pérennes et suffisants un accès de tous à des soins de qualité.

Le financement des dépenses de santé repose aujourd'hui principalement sur les cotisations sociales et la CSG, les cotisations pour les mutuelles ou assurances privées et les dépenses directes des ménages apportant le complément. Ces besoins devraient augmenter dans le futur notamment du fait du vieillissement et les modes de financement actuels ne seraient plus suffisants.

Selon les projections certes alarmistes du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le déficit tendanciel à l'horizon 2020 serait compris entre 66 et 127 milliards d'euros incluant les intérêts de la dette (25 en 2020). Les gouvernements successifs nous proposent de résoudre le problème en réduisant les prestations et en reportant une partie du financement sur les ménages. Ces solu-

tions ne sont pas acceptables et il est nécessaire d'envisager une hausse des dépenses publiques consacrées à la santé financée de manière juste et solidaire. Chacun sait qu'il n'existe pas de trésor caché dans lequel des financements complémentaires pourraient être aisément puisés sans conséquence. Mais des pistes de financement crédibles doivent être approfondies.

>>>

>>>

Accroître les prélèvements actuels

Toute suggestion d'accroître les taux de cotisation ou la CSG se heurte à un fétichisme relatif aux prélèvements obligatoires. Le prélèvement ne pourrait être accru sans briser la croissance et freiner la compétitivité ! Mais les dépenses de santé devront d'une manière ou d'une autre être payées. Les pays de développement économique comparable avec des systèmes de protection sociale différents consacrent une part du revenu national voisine à la protection sociale. Cette dépense pèse de la même façon sur les coûts de production, que le système soit privé ou public. Et l'exemple des pays scandinaves montre qu'il est tout à fait possible d'être compétitif et innovant avec un taux de prélèvement plus élevé que celui de la France aujourd'hui. La croissance est une variable clé : comment a-t-on pu, dans les années 50-80, augmenter la part des dépenses de santé socialisées dans le revenu, en même temps d'ailleurs que la part des retraites ? La forte hausse de la production permettait d'accroître, en même temps, les cotisations et les salaires directs. Inversement, les difficultés financières actuelles viennent de la stagnation de la masse salariale plus que de la hausse des dépenses. Il faut une politique économique beaucoup plus orientée vers la croissance et l'emploi.

Taxer les entreprises

La part du capital dans la valeur ajoutée a augmenté significativement dans les années 80. Malgré un léger recul par la suite, la part du capital est aujourd'hui supérieure à sa moyenne calculée sur une longue durée. Cette hausse s'explique par le recul relatif de l'emploi et une stagnation des salaires. Il est donc parfaitement possible de réduire la part des profits sans mettre les entreprises dans une situation insupportable. Augmenter la part des salaires aurait un effet positif sur la croissance. Pour commencer, il faut revenir sur les exonérations de cotisations

sociales accordées aux entreprises depuis 10 ans. Cela entraînerait immédiatement une hausse des recettes de la Sécurité sociale. Il est possible de faire porter les cotisations sociales sur l'ensemble de la valeur ajoutée et non sur les seuls salaires. Naturellement, dans ce cas, les cotisations sociales cesseraient de dépendre de la masse salariale et deviendraient des impôts affectés à une destination précise, comme c'est le cas pour la CSG. Cette solution présente l'avantage de traiter de la même façon les entreprises de main-d'œuvre et celles qui utilisent beaucoup de capital.

On pourrait également soumettre les entreprises à des taux de cotisations variables selon qu'elles emploient plus ou moins de personnel et selon qu'elles accroissent ou réduisent l'emploi. Cette solution s'avère cependant d'une mise en oeuvre très complexe.

Enfin, la hausse des salaires alimenterait l'assurance maladie. Certes, les études montrent qu'une hausse des cotisations sociales patronales, même si elle entraîne dans un premier temps une hausse du salaire total, provoque aussi un ralentissement de la hausse des salaires directs. De telle sorte que, à un horizon de quelques années, l'effet est une substitution entre salaire direct et cotisations, sans accroître la part des salariés dans le partage des revenus. Mais un changement du rapport de forces entre le patronat et les salariés modifierait ces résultats.

La taxation des entreprises a le défaut de réduire indistinctement la part des profits qui va aux actionnaires et celle qui va aux investissements. Prélever une partie des revenus financiers distribués a par contre l'avantage de ne pas pénaliser l'investissement. Ceux-ci (dividendes, intérêts, loyers, bénéfices...) représentent environ 13 % du Produit intérieur brut (PIB). Ils sont généralement soumis à la CSG, à la Contribution au rem-

boursement de la dette sociale (CRDS) et à l'impôt sur le revenu, mais dans des conditions qui leur sont très favorables. La taxation du capital étant moins élevée en France que la moyenne européenne et que celle du travail, il est tout à fait possible d'augmenter les impôts frappant les revenus du capital.

Impôt ou cotisations ?

La substitution progressive de la CSG à certaines cotisations sociales a été diversement appréciée. Certains insistent sur la nécessité de financer des prestations inconditionnelles de plus en plus importantes (RMI, aide personnalisée à l'autonomie, RMA, aide médicale d'État...) par des prélèvements pesant sur l'ensemble des citoyens et non sur les seuls salariés. En ce sens, la CSG est plus juste que les cotisations sociales telles qu'elles sont aujourd'hui calculées. Elle porte en effet sur la plupart des revenus (13 % de la CSG viennent de la taxation des revenus du capital perçus par les ménages, ce qui correspond exactement à leur part dans la richesse produite), alors que les cotisations portent essentiellement sur le salaire, contrepartie de la subordination du salarié dans le cadre du contrat de travail. Mais la CSG est proportionnelle et non progressive et pèse davantage sur les salariés.

Les cotisations sont créatrices de droits, ce qui en fait un instrument plus sûr de financement des prestations d'assurance. Mais cela laisse entier le problème du financement des prestations inconditionnelles, qui relèvent plus de la solidarité nationale que de la solidarité salariale. Il faut éviter la distinction entre des prestations inconditionnelles d'assistance financées par l'impôt et des prestations d'assurance financées par des cotisations qui entraînerait une coupure entre ceux qui ont un travail et ceux qui n'en ont pas, ceux qui participent à la gestion des caisses et ceux qui attendent l'aumône de l'État sans jamais pouvoir peser

sur ses décisions. On en conclura qu'il est souhaitable que le financement de l'assurance maladie continue d'être assuré prioritairement par la cotisation, créatrice de droits. Mais ne faut-il pas aussi préconiser la taxation des revenus du capital et du patrimoine, trop peu sollicités aujourd'hui, pour financer une protection sociale devenue universelle ? Ce débat ne doit pas cacher l'essentiel, à savoir la nécessité de financer l'inévitable hausse des dépenses de santé par un effort collectif et solidaire.

Pour des améliorations du système de santé

Notre système de soins fonctionne assez bien sur le plan technique. Mais les indicateurs de santé publique peuvent être fortement améliorés. Il s'agit de promouvoir une politique novatrice qui prenne en compte les évolutions sociales et épidémiologiques afin d'être capable d'anticiper et de maîtriser les «crises sanitaires» qui surgissent. Les grandes priorités définies par l'État doivent avoir été largement débattues et donner lieu à des financements spécifiques et à une mise en oeuvre réelle. Une lutte résolue contre les inégalités sociales de santé doit être menée.

Développer la prévention et la santé au travail

Il faut réorienter les dépenses vers la prévention dont la part est aujourd'hui dérisoire et vers l'éducation des patients notamment en direction des populations les plus fragiles. L'éducation à la santé dès le plus jeune âge est pour la FSU une priorité.

Faire respecter et progresser les droits en matière de santé au travail est également une bataille incessante. C'est pourquoi la FSU demande notamment l'amélioration :

- Du fonctionnement de toutes les instances qui traitent des problèmes de santé (comités médicaux, commissions de réforme, groupes de travail, CAP, CHS, etc.) ;

- De la prise en compte des accidents de service, de la souffrance au travail et des maladies professionnelles spécifiques. S'il faut responsabiliser, responsabilisons aussi les patrons et l'État employeur !

Réorganiser le système pour assurer la continuité des soins

Le rôle pivot du médecin généraliste, sa place dans le système de santé, dans la dépense globale, méritent une réflexion approfondie. Il est clair que le paiement à l'acte induit des comportements «productivistes», au détriment de la qualité de la relation aux patients. La formation continue est insuffisamment développée et le plus souvent financée par les laboratoires pharmaceutiques. Une partie de la rémunération des médecins pourrait prendre un caractère forfaitaire afin de permettre la formation et la permanence des soins. Il est sans doute nécessaire de développer des pratiques collectives de travail en équipe dans un réseau de soins. Une meilleure coordination entre les professionnels d'un même secteur améliorerait la prise en charge globale des patients et aiderait à remédier aux difficultés de l'exercice solitaire de la médecine.

L'hôpital public est une pièce maîtresse du dispositif de santé, par les soins qu'il assure, les professionnels qu'il forme et les recherches menées. Il faut le moderniser et lui donner les moyens humains et financiers de fonctionner pour assurer sa mission de service public. Les lits privés n'y ont pas leur place. Le plan Hôpital 2007 ne va pas dans ce sens, avec la création de groupements sanitaires public/privé. La place de l'hospitalisation privée, particulièrement développée en France, doit être discutée.

Pour une prise en compte du vieillissement de la société

Le système de santé n'a pas pris la mesure des bouleversements

liés aux mutations démographiques. Si le déficit de lien social mis en cause lors de la tragédie de la canicule existe sans doute, on doit aussi s'inquiéter de l'inadéquation du système de protection sociale, du système de santé, de l'accompagnement des plus âgés. Face au vieillissement, il faut mesurer les conséquences en termes d'orientation des politiques de santé publique, de formation à la gériatrie des personnels soignants et des professionnels de santé. Il faut encourager la recherche médicale dans ces domaines et mener une réflexion sur l'aide à domicile et les maisons de retraite.

Enfin, l'amélioration de la santé publique suppose d'en finir avec la précarité et l'exclusion qui génèrent de graves problèmes de santé. Il est nécessaire d'améliorer les conditions de travail, de logement et de promouvoir des politiques environnementales qui protègent la santé.

Un déficit démocratique

Qui prend les décisions ? Qui est consulté ? En aucun cas, l'assuré social, l'utilisateur de l'hôpital, le malade qui se rend chez le médecin n'a l'occasion de s'exprimer sur les choix à tous les niveaux dont dépend pourtant sa santé qu'il finance par ses cotisations. Que dire en effet, des caisses d'assurance maladie, si peu transparentes et si peu enclines à informer les assurés sociaux ? Et encore moins à leur demander un avis sur la pertinence des choix qui sont faits. Les partenaires sociaux qui «gèrent les caisses» ont sans doute le souci de l'intérêt général. Forts d'une représentativité acquise il y a longtemps, ils se considèrent comme représentants légitimes des assurés. Mais ils n'ont pas pu ou su empêcher les dégradations du système et des remboursements. Ils n'ont pas fait appel aux assurés pour trancher certains débats et n'ont pas mis suffisamment sur la place publique les carences du système ou les problèmes de financement. Ils ont

>>>

>>>

géré, sans doute avec compétence mais en toute opacité, un système qu'ils voyaient se fissurer sans toujours réclamer les moyens du débat public.

Le Parlement est bien sûr un lieu légitime pour débattre de la politique de santé publique et de la part des richesses à y affecter. Mais quand demande-t-il l'avis des citoyens ? Les compétences des députés sur ces sujets sont d'autant plus limitées que n'existent pas en amont, dans les circonscriptions, les discussions et l'information nécessaires. Les comptes rendus des débats de l'Assemblée nationale lors de l'examen de la Loi sur le financement de la Sécurité sociale sont à cet égard édifiants : il y a peu d'interventions en dehors des « spécialistes » de chaque groupe. L'avis de la Cnam est-il pris réellement en compte ? D'ailleurs, à quoi bon discuter quand l'objet du débat parlementaire est uniquement d'obtenir un vote favorable sur l'Objectif national de dépenses de l'assurance maladie dont chacun sait qu'il sera de toute façon dépassé ?

De nombreux « experts » sont sollicités chaque fois qu'une question relative à la santé se pose. Leur indépendance vis-à-vis des intérêts économiques et du pouvoir politique pose cependant problème. Si l'avis scientifique éclaire les débats et doit être écouté, pour autant, il ne suffit pas à « faire » la décision politique. Et comment assurer la nécessaire indépendance des commissions mises en place ?

Les professionnels de santé n'ont guère de lieux de débats pour échanger sur leurs pratiques et faire évoluer la médecine. À aucun moment ne sont pris en compte leur vécu et leurs expériences. Il serait souhaitable de mettre en commun et de faire connaître les réussites et les échecs. En tout état de cause, le Conseil de l'Ordre n'est certainement pas l'instance adéquate pour organiser de tels échanges !

Les mutuelles, qui possèdent un réel savoir-faire en termes de prévention ou de gestion de centres de soins, ne voient pas leur rôle suffisamment reconnu et leurs expériences ne sont guère valorisées.

Il nous semble donc qu'on ne peut en rester à ces conceptions. Il n'est plus possible aujourd'hui de considérer que les décisions sur la santé soient confisquées par quelques-uns. Les cas de l'amiante, du sang contaminé et plus récemment de la canicule, montrent que les citoyens ont toutes les raisons de se méfier d'un système dans lequel la haute fonction publique cherche à maîtriser l'information pour préserver des intérêts et des pouvoirs, en premier lieu le sien, et masquer des scandales. Seule l'opinion des associations de victimes ou les coups d'éclat de médecins indociles ont permis de faire la lumière sur un système particulièrement opaque. De cette crise de crédibilité des instances de décision les plus hautes est liée l'exigence d'un débat public et citoyen.

Il faut revenir à une répartition des missions entre l'État et les caisses d'assurance maladie qui permette à celles-ci de jouer pleinement leur rôle dans la gestion, la négociation et la décision relatives aux remboursements des prestations ou aux rémunérations des médecins. Elles doivent pouvoir faire des propositions en termes de recettes.

L'État doit impulser et décider, après concertation, des grandes orientations de la politique de santé publique, de prévention et d'éducation à la santé. Il est du ressort du Parlement d'en débattre et de veiller à ce que soient garantis l'accès aux soins pour tous et l'égalité de l'offre sur le territoire.

Les salariés, par l'intermédiaire de leurs représentants syndicaux, doivent gérer la Sécurité sociale. Des nouvelles élections doivent avoir lieu avec la participation d'organisations largement représen-

tatives comme la FSU. Cela permettrait un véritable débat sur les enjeux en matière de santé et les propositions des syndicats afin que les assurés sociaux choisissent les administrateurs des caisses en connaissance de cause. Mais il est indispensable de mieux associer l'ensemble des acteurs de santé, professionnels, associations, mutualistes, à la réflexion et à l'élaboration des politiques de santé, peut-être par une instance consultative permanente en prise directe avec les besoins de la population et disposant des éléments d'expertise nécessaires. Si l'on considère la Mutualité comme un partenaire de l'assurance maladie, il est sans doute souhaitable d'instituer une instance spécifique qui lui permette de développer sa propre politique (aide aux mutualistes, centres de soins, prévention, recherche, etc.), tout en se concertant avec l'assurance maladie, qui doit rester maîtresse des décisions, pour tout ce qui concerne notamment les remboursements. Il faut en effet combattre le « tout remboursement » par la couverture complémentaire, qui ne pourrait que compromettre l'assurance maladie elle-même. Mais cela ne doit pas conduire à faire entrer les assureurs privés dans la gestion de l'assurance maladie.

La régulation des dépenses de santé est en oeuvre. Des choix sont faits sans transparence. Certaines décisions, pourtant indispensables, ne sont pas prises : les logiques économiques et sociales à l'œuvre dans la société créent de plus en plus de situations problématiques auxquelles il faudrait remédier. C'est le cas, par exemple, pour l'inégale répartition des médecins sur le territoire. En quelque sorte, mais insidieusement, le « panier de soins » existe déjà ! Si on veut imposer d'autres choix qui soient discutés démocratiquement, de nouvelles procédures de débat et de contrôle démocratiques restent à inventer. ■

DES REMÈDES POUR LA SÉCU

Avec la loi sur l'assurance maladie adoptée en juillet 2004, le but du gouvernement est clair : diminuer les dépenses, dramatisées à souhait, du système solidaire d'assurance maladie obligatoire. Un autre système de santé est possible basé sur la prévention et donnant toute sa place à des acteurs collectifs tant du côté des patients que des professionnels.

Le gouvernement met en avant une «nouvelle gouvernance» qui s'articule, en particulier, autour d'une Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), d'une Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et d'une Haute autorité de santé.

La nouvelle gouvernance

Cette gouvernance est construite autour du seul objectif d'organiser le retrait de l'assurance maladie obligatoire. C'est l'État qui «fixera les conditions de l'équilibre pluriannuel des comptes sociaux». La Haute autorité de santé «indépendante» aura pour rôle «d'évaluer les pratiques et les processus diagnostiques et thérapeutiques et de déterminer ce qui doit être admis au remboursement». L'Uncam dont les directeurs seront nommés à tous les échelons par l'État gèrera le périmètre de ce qui est remboursé. Si les dépenses sont trop importantes par rapport aux prévisions, l'Uncam aura à charge de faire varier les taux de remboursements dans un «couloir» défini à l'avance : ainsi le taux de remboursement de la consultation à 70 % qui ne peut être modifié aujourd'hui que par décret, pourra demain être baissé

si l'enveloppe budgétaire est dépassée.

Entre alors en jeu l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire regroupant mutuelles et assurances commerciales. Plus les régimes obligatoires seront en retrait et plus les citoyens devront cotiser à une assurance complémentaire dont les prix augmenteront. En proposant aux assurances complémentaires d'augmenter leur participation tout en donnant un nouveau rôle dans la gestion du système de soins, on transforme un système basé sur la solidarité (Sécurité sociale de 1945) en un système de marchandisation du soin. Les mutuelles sont ici placées en situation de concurrence avec les assurances commerciales. Quelles que soient leurs proclamations, elles ne pourront résister longtemps aux pratiques tarifaires des assureurs commerciaux. Le fait que la Mutualité française, et certains syndicats de salariés, ne semblent pas hostiles à ce projet de co-gestion/co-régulation est un motif d'inquiétude important. L'ouverture à des pratiques commerciales dans le domaine du soin ne peut conduire qu'à l'aggravation des inégalités dans ce domaine.



Une réforme en trompe-l'œil

Le gouvernement présente le dossier médical personnel comme une baguette magique permettant de substantielles économies grâce à la coordination des soignants et à l'accompagnement des patients. Ce dossier qui pourrait permettre aux assureurs de récupérer les données médicales de chacun, est porteur de risques pour les libertés individuelles. Sur le fond, cette proposition simpliste et réductrice veut faire croire, qu'aujourd'hui, les soignants ne savent pas échanger des informations et que c'est pour cela qu'il y a redondance des examens complémentaires, source de dépenses inutiles. Ce sont les pratiques individualistes, l'absence de confiance, la peur de la judiciarisation, la formation universitaire axée sur le biotechnologique qui sont sources de cette redondance. Ce dossier imaginé par le gouvernement ne permet pas de modifier ces comportements. Nous avons besoin d'un véritable dossier de santé partagé, propriété de la personne et support de nouvelles pratiques coopératives, de mise en commun des compétences sans hiérarchie et dans une approche qui articule les dimensions médicales et sociales du soin. Il doit améliorer la relation soignant/soigné et donner de la visibilité aux conditions de vie des personnes notamment par la notification de l'ensemble des risques (en particulier professionnels) auxquels elles sont exposées. Il doit donner de la crédibilité à la démarche collective du soin.

La coordination des soins

Comment se coordonner sans en prendre le temps, ce qui est le cas dans le système actuel où les soignants en médecine ambulatoire sont payés à l'acte ? C'est une imposition de la part du ministre de parler de coordination et de critiquer la part de paiement forfaitaire liée actuellement au statut de «médecin référent». C'est une aberration de proposer comme coordonnateur du dossier un «médecin traitant» qui pourrait être un spécialiste. Les référentiels et recommandations de bonnes pratiques ne sont jamais que

des outils. La qualité des soins dépend de la qualité des pratiques mises en place pour utiliser ces outils en fonction des besoins exprimés.

La prévention

La loi réduit la prévention à des consultations individuelles au lieu de construire une véritable politique de prévention et reste dans le traitement des maladies en se gardant bien d'oser agir sur ses causes. Aucune des propositions concernant la maîtrise médicalisée, la politique du médicament, le contrôle des abus... n'est réalisable sans véritable changement du modèle d'organisation des soins. L'instauration d'un système de filières prouve que le gouvernement ne le souhaite pas. D'une part existerait une filière encadrée et mieux remboursée où les patients passeraient obligatoirement par un «médecin traitant» avant de consulter un spécialiste; d'autre part, il y aurait pour ceux qui peuvent se le payer, un accès direct aux spécialistes dont les honoraires seraient

Pour un changement du modèle d'organisation des soins

libres et mal remboursés. Il s'agit d'un cadeau à la fraction la plus rétrograde du corps médical, celle qui n'a toujours pas accepté l'assurance maladie solidaire.

Le financement

Le «retour à l'équilibre» tel qu'il est présenté reposera essentiellement sur une poursuite des politiques de diminution de la prise en charge (augmentation d'un euro du ticket modérateur sur les consultations et du forfait hospitalier, poursuite des politiques de déremboursement, contrôle renforcé des affections de longue durée...) et par des nouvelles

>>>

>>>

recettes qui affecteront principalement les ménages (hausse de la CSG). Il faut avoir en tête que ce plan de réforme n'est que le cheval de Troie de la privatisation progressive de l'offre de soins. Il entre dans le cadre plus global de l'ouverture des services à la concurrence tant au niveau européen (projet de directive Bolkestein), qu'au niveau mondial (Accord général sur le commerce des services).

Sous la pression du Medef, le gouvernement adhère à l'idée que la partition entre un système solidaire et un système concurrentiel est la bonne solution. L'objectif est ici de transférer sur le système concurrentiel une partie suffisamment importante du risque pris en charge actuellement par l'assurance maladie pour sortir des déficits récurrents.

Passer du soin à la santé

Pour en finir avec le modèle biomédical qui fragmente la personne en une succession d'organes et la livre désarmée à la puissance du pouvoir médical, il faut passer de la notion de «citoyen-patient» à celle de «citoyen-acteur», ce qui nécessite information préalable et éducation à la santé. La relation soignant/soigné doit changer; il faut reconnaître l'expertise de chaque citoyen sur ses propres conditions de vie et de travail. C'est ici qu'une autre conception du dossier médical personnel peut avoir toute sa place.

Un système d'identification et de lutte précoce contre les facteurs pathogènes à l'origine des maladies doit être mis en place: maladies professionnelles et environnementales, souffrance morale au travail, pathogénie liée à la précarité socio-économique croissante d'une partie de la population. Ceci suppose:

- Le repérage et l'étude de ces causes grâce à l'instauration d'un travail coopératif entre professionnels du soin, techniciens, associations, citoyens et Caisses d'assurance maladie. Au plan local doit être organisé un réseau d'alerte et de recueil des données de santé concernant la population vivant et travaillant dans le bassin de vie considéré afin de constituer des banques

de données (mémoire collective, registres territorialisés des pathologies avec le suivi dans le temps du niveau de santé d'une population);

- La mise en place d'agences sanitaires et de professionnels de terrain (médecine du travail, scolaire, contrôle sur les risques industriels...) véritablement indépendants des pouvoirs politiques et financiers;

- Des pouvoirs publics capables de s'opposer aux pressions de l'industrie (cas des industries alimentaires et des aliments sucrés, cas des OGM, des pesticides...) et de prendre des décisions de changement social dans les domaines du logement, des revenus, du travail, de l'environnement et des transports...

Le passage du soin à la santé doit s'opérer en réorganisant le système de santé pour:

- Construire la qualité des soins par l'adaptation des pratiques professionnelles aux besoins exprimés par les personnes malades et les usagers du système de santé et non l'inverse. Il faut pour cela mettre en place d'autres modes de coordination en soins primaires (réseau de santé de proximité, pratiques coopératives entre professionnels du soin et professionnels sociaux, maisons de santé) et développer la coopération entre les différents lieux du système de soins;

- Changer la formation initiale et continue des soignants pour leur permettre de sortir d'un modèle bio-médical exclusif et de devenir eux aussi des acteurs de santé. Cette formation doit être indépendante des firmes pharmaceutiques. La formation continue doit être obligatoire et rémunérée. Elle doit se faire dans tous les lieux de soins (système hospitalier et ambulatoire) et dans ceux où se mènent réflexion, débat et actions au niveau de la santé;

- Encourager d'autres modes d'exercice permettant ce travail global, donner aux soignants la possibilité de travailler collectivement en se regroupant en cabinets de groupe et maisons de santé et en développant l'échange sur les pratiques et leur permettre de sor-

tir du paiement à l'acte, véritable prime au rendement et à l'inflation des coûts;

- Promouvoir une politique du revenu des soignants construite sur une forfaitisation prenant en compte le soin, la prévention, l'éducation à la santé, et la rémunération des activités de formation et de coordination;

- Redéfinir la mission des hôpitaux publics, leur donner les moyens humains et financiers de prendre leur place dans la continuité des soins pour permettre à tous de bénéficier de l'excellence du soin;

- Permettre à la politique du médicament d'être indépendante de l'industrie pharmaceutique et au service de la santé publique, contrôlée par des agences du médicament financées uniquement par l'État. Toute publicité sur les médicaments doit être interdite. Les médicaments doivent être commercialisés et prescrits sous leur Dénomination commune internationale (DCI), et non sous leur nom de marques. Les Autorisations de mise sur le marché doivent être données en fonction du Service médical rendu ou de l'Amélioration du service médical rendu et les médicaments inutiles doivent cesser d'être commercialisés. Il faut organiser une réflexion collective interprofessionnelle et avec les usagers sur la prescription et la relation thérapeutique. Enfin, c'est au niveau européen et si possible international, qu'il faut penser les politiques dans le domaine du médicament, si l'on veut pouvoir résister aux pressions des firmes pharmaceutiques.

Garantir un égal accès aux soins

Cette politique de prévention et d'éducation doit s'accompagner d'un système de santé plus égalitaire qui facilite l'accès aux soins et permette aux professionnels de produire une meilleure qualité des soins. Pour effectuer ces transformations, il faut élargir la place du régime obligatoire d'assurance maladie et lui permettre de devenir un régime d'assurance santé, organisé non plus seulement pour gérer le risque maladie des assu-

rés, mais pour les aider à rester en bonne santé. Cette assurance santé solidaire doit couvrir de pleins droits tout résidant sur le territoire français : ainsi deviendront caduques les prises en charge spécifiques à certaines catégories de population et donc plus facilement remises en cause telles que la CMU complémentaire et l'Aide médicale d'État.

Re-démocratisons l'assurance maladie

L'assurance santé doit prendre en charge les soins à 100 % avec dispense d'avance de frais. Les mutuelles complémentaires pourraient soit être intégrées au régime obligatoire en devenant des complémentaires obligatoires (comme en Alsace où la couverture est de 90 %), soit se recentrer sur des missions de gestion d'établissements à but non lucratif, et d'organisation d'initiatives de coordination inter-professionnelle avec les usagers.

Les tarifs doivent être respectés par les professionnels et il faut interdire les dépassements pour les soignants, outil d'inégalité sociale et source de rupture dans la continuité des soins.

Les inégalités de répartition démographique des soignants et des équipements doivent être corrigées par l'aménagement du territoire et des mesures incitatives à l'installation, des conditions d'exercice adaptées et des possibilités de choix de modes de rémunération autres que le paiement à l'acte.

La permanence des soins est un service public. Celle-ci doit être obligatoire pour les professionnels de santé et doit être rémunérée par un salaire adapté et suivie d'un repos compensateur. Elle doit s'inscrire dans le cadre d'une véritable coopération ville-hôpital.

Du local au global

Des conférences de santé regroupant usagers, gestionnaires et professionnels de santé et sociaux se réunissent régulièrement au niveau d'un territoire correspondant à celui d'une Caisse primaire d'assurance maladie. Ces Caisses re-démocratisées et pourvues de nouvelles compétences, doivent être le chef d'orchestre de la régulation et de la concertation autour de toutes les questions ayant trait aux soins et à la santé publique du «bassin de vie» concerné. Il faut que leurs conseils d'administration, largement ouverts aux associations, deviennent des lieux de concertation et de suivi des actions décidées par les conférences locales de santé. C'est au niveau local que les usagers et les professionnels du soin et du secteur social peuvent échanger et résoudre la grande majorité des problèmes liés à la santé publique et aux soins. L'assurance maladie doit recueillir et faire circuler les informations concernant l'état de santé de la population. À partir de données constamment réactualisées, il s'agira pour l'assurance maladie, avec d'autres partenaires institutionnels (État, collectivités locales, Éducation nationale, Inspection du travail, etc.), d'organiser la concertation et les actions au plan local en matière de santé publique.

Au plan local, doivent être représentées, transversalement, toutes les professions de santé du secteur en question. Au niveau de la région, des chambres de santé doivent conduire les politiques de santé. Elles sont les parlements régionaux de la santé. Y sont représentés : les institutions de l'État, l'assurance santé, les mutuelles, les professionnels du soin et du social, les associations de malades et d'usagers. Les chambres de santé coordonnent les missions institutionnelles et les actions provenant du terrain. Au niveau national, nourri des débats locaux et régionaux, le conseil d'administration de l'assurance santé dirige l'institution et passe convention avec l'État qui lui fixe le cahier des charges de la politique de santé publique. Le conseil est composé de représentants élus des syndicats, des

associations de malades et d'associations d'usagers. Les élections sont organisées tous les cinq ans.

Changer de politique économique

Il faut changer les politiques économiques pour conduire des politiques qui permettent le retour à l'emploi entraînant l'augmentation des recettes et la baisse des dépenses de santé par la diminution des maladies sociales. Un mode de financement solidaire intègre nécessairement deux principes :

- Chacun contribue en fonction de ses ressources (et non de son état de santé) et reçoit en fonction de ses besoins. Le recours aux assurances santé commerciales, parce que leurs tarifs prennent en compte directement ou indirectement (âge, handicap) l'état de santé, ne va pas dans le sens d'un financement solidaire ;
- Par le biais de la qualité des produits et des conditions de travail, les entreprises sont directement responsables de la santé de l'ensemble de la population et doivent participer à ce financement. ■

Patrice Muller

Médecin généraliste, membre de la commission exécutive du Syndicat de la médecine générale.

→ NOTES/RÉFÉRENCES

LECLERC, A., FASSIN, D., GRANJEAN, H. et al. *Les inégalités sociales de santé*. Paris : La Découverte, 2000. ISBN : 2-7071-3247-0.

BARBIER, G., FARRACHI, A. *La société cancérogène, lutte-t-on vraiment contre le cancer ?* Paris : La Martinière, 2004. ISBN : 2-8467-5103-X.

Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique. La santé, un enjeu public. Paris, juillet 2003. ISSN 1161-3726.

Pratiques. Les cahiers de la médecine utopique. Des remèdes pour la sécu. Paris, avril 2002. ISSN 1161-3726. •

BILAN CRITIQUE

ET ALTERNATIVES

Face aux conséquences prévisibles de la loi Douste-Blazy votée en juillet 2004, il est urgent, désormais, de proposer des alternatives pour reconstruire un système de santé solidaire et efficace qui éviterait les pièges conjoints de la privatisation et de l'étatisation.

Étatisation et privatisation pour restreindre la couverture sociale des soins

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) assurera une gestion conjointe avec l'Union nationale des organismes d'assurance maladies complémentaire (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance).

Les assureurs pèseront ainsi sur le choix des remboursements et de leur taux, la Haute autorité de santé, proche du pouvoir, définissant le «périmètre de soins et de biens remboursables», le panier de soins limité de la couverture de base. Les représentants des salariés à l'Uncam seront désignés et non élus. Comme le conseil d'administration de l'Uncam, en principe paritaire, pourrait donner la majorité aux représentants du patronat, cette «nouvelle gouvernance» a reçu la bénédiction du Medef qui revient dans la gestion de l'assurance maladie. En même temps, le directeur de l'Union des caisses, nommé par l'État, aura la mainmise sur les caisses et la tutelle sur le Conseil d'orientation. Il sera l'instrument de la réduction des dépenses publiques et sociales de santé comme du transfert des dépenses vers l'assurance privée. Un comité d'alerte veillera au «dérèglement» des dépenses et pourra sanctionner les caisses jusqu'à les conduire à l'asphyxie. Si l'Ins-

titut des données de santé aurait pu constituer un outil pertinent de collecte de données épidémiologiques, les professionnels de santé, les employeurs et les assureurs auront accès, ce qui pose d'énormes problèmes de confidentialité.

Sous couvert d'une nouvelle organisation de l'offre de soins, la loi prépare un rationnement comptable des dépenses et un matraquage idéologique des assurés, systématiquement soupçonnés d'abus et de fraudes. Elle installe un arsenal policier et répressif, comme la vérification d'identité accompagnant la présentation de la carte Vitale. Pourtant, si le ministre a affirmé que 10 millions de ces cartes étaient en excès, la Cnam n'a recensé que 400 cas de fraude, concernant notamment des sans-papiers démunis et malades privés de l'aide médicale d'État. Si le dossier médical personnel (DMP) reflète le besoin d'un suivi des soins et d'une coordination des acteurs du système de santé, permettre son accès aux assureurs complémentaires peut conduire à une sélection des risques. En outre, le DMP fera office d'instrument de coercition, car sa non-communication sera assortie d'un remboursement minoré.

Pour les affections de longue durée (ALD), le médecin traitant et le médecin conseil établiront un protocole de

soins définissant les actes et prescriptions bénéficiant de la limitation ou de la suppression de la participation de l'assuré. Les indemnités journalières d'arrêt-maladie et accidents de travail seraient injustifiées. Selon la Cnam, ceci ne concerne que 4 à 6 % des cas, mais la chasse aux «abus» risque d'être aveugle et d'inciter aux contrôles privés. En réalité, l'augmentation des arrêts-maladie concerne surtout des travailleurs de plus de 50 ans car le durcissement de la politique de préretraites amène les employeurs à utiliser les arrêts-maladie de longue durée pour évincer les travailleurs vieillissants. Rien n'est entrepris contre le type de gestion des entreprises qui conduit aux fatigues physiques et nerveuses, aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.

De même, la loi ne s'attaque pas à la politique des entreprises pharmaceutiques et l'invocation au développement des médicaments génériques ne pourra compenser l'inflation des prix et des volumes, alors que les médicaments dits innovants bénéficieront de la liberté des prix.

En revanche, des parcours de soins seront imposés, comme consulter son médecin traitant avant de s'adresser à un spécialiste pour être remboursé. Les spécialistes appliqueront des honoraires libres à ceux qui les consultent directement, ce qui conduira à une sélection par l'argent. Les malades passés par le filtre du médecin traitant seront condamnés aux files d'attente, alors que les autres seront reçus rapidement tout en pouvant, le cas échéant, être remboursés par leur assurance privée.

Le crédit d'impôt, censé permettre à chacun d'accéder à une complémentaire santé, couvrira, avec 150 euros par an, le quart du tarif d'une complémentaire moyenne. Ce crédit d'impôt constitue, en fait, un financement des assureurs privés et mutualistes du privé sur fonds publics, alors que les fonds sociaux feront défaut à la couverture de base.

Un financement à la fois injuste et inefficace

Le déficit historique de l'assurance maladie (13 milliards d'euros en 2004) résulte d'un type de politique économique et de gestion des entreprises qui réduit la part des salaires dans la valeur ajoutée et organise la montée du chômage. Les conséquences des exonérations de cotisations patronales sont désastreuses. Alors qu'elles ne créent pas d'emploi, elles atteignent 20 milliards d'euros par an, dont 3 non compensés à la Sécurité sociale. En outre l'État doit 2 milliards d'euros sur les compensations prévues. Le ministre propose de rembourser un milliard d'euros sur la taxe sur les tabacs, mais le montant total des taxes (tabacs, alcools, assurances automobile) qui devrait revenir, au moins pour une part, à l'assurance maladie, s'élève à 15 milliards d'euros par an.

Tandis que l'euro par consultation prétend symboliser la «responsabilisation» des usagers, cette franchise peut croître rapidement comme le forfait hospitalier passé de 3 euros en 1983 à 17 en 2007. L'augmentation de la CSG sur les retraités et les actifs constitue l'essentiel des recettes supplémentaires attendues, la Contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) est prolongée jusqu'à 2024 (avec l'éventualité d'un taux accru), mais le relèvement de la contribution sociale de solidarité des sociétés n'apportera au mieux que 900 millions d'euros par an. L'équilibre des comptes pour 2007 apparaît irréaliste même si le plan Douste-Blazy prétend dégager 5 milliards d'euros par an de recettes nouvelles et réaliser 10 milliards d'économies par an à partir de 2007. Toutefois, les transformations structurelles de la

nouvelle gouvernance organisent la réduction massive des dépenses publiques et sociales de santé en favorisant une irrésistible ascension des dépenses privées.

Le besoin de réformes alternatives

Les indicateurs de santé semblent plafonner avec la montée des inégalités sociales et régionales de santé que les politiques de rationnement comptable ont exacerbées. Or, les dépenses de santé vont monter avec le niveau de développement, le vieillissement de la population et le progrès médical, mais aussi les nouvelles pathologies (sida, maladies dégénératives...) et le retour de fléaux anciens, comme la tuberculose, dans les milieux défavorisés. Une nouvelle efficacité de l'offre de soins devra répondre à ces nouveaux besoins. Si l'idéologie dominante considère la dépense de santé comme un poids pour l'économie, celle-ci constitue, au contraire, un facteur de croissance et de création d'emplois. Des États généraux de la santé permettraient d'évaluer les besoins à partir des propositions des acteurs sociaux, pour s'attaquer aux inégalités et en visant une prise en charge globale et complète des soins par la couverture de base, en premier lieu pour les personnes les plus modestes. En même temps qu'un accès aux soins précoces, la prévention de la maladie (2,3 % des dépenses de santé!) doit être développée, en premier lieu la prévention des risques professionnels et environnementaux. Le système tout entier doit être réorienté en amont vers la prévention, ce qui implique de mettre en cause le type de gestion des entreprises et le type de croissance entraînant l'usure prématurée de la force de travail et la montée des maladies professionnelles.

Repenser la rémunération des médecins

Des formes de rémunération des médecins émancipées du paiement à l'acte sont à encourager, ainsi que des formes pluridisciplinaires et concertées des soins pour un meilleur suivi du malade et une prise en charge

globale et coordonnée. La revalorisation du rôle, du statut, de la formation du généraliste comme pivot est une condition de la coordination du système de santé à construire. Il s'agirait de promouvoir la coopération entre soins de ville et hôpital, mais ce travail en réseau doit rompre avec le schéma des filières de soins rigides des compagnies d'assurances comme aux États-Unis. Un plan d'urgence emploi-formation, pour les soins de ville comme à l'hôpital, viserait à contrecarrer la crise de la démographie médicale, conjointement à l'orientation des personnels de santé en priorité vers les zones géographiques et les spécialités sinistrées. En ville, on manque de généralistes, de pédiatres, de gynécologues, d'ophtalmologues; à l'hôpital, d'urgentistes, d'anesthésistes, de chirurgiens, et partout de personnel infirmier. C'est au minimum 9 000 médecins et 40 000 infirmiers par an qu'il faudrait former, l'accès aux professions médicales et paramédicales pourrait être démocratisé par une allocation formation. Un programme de formation continue permettrait l'adaptation des professionnels de santé aux connaissances épidémiologiques et aux nouveaux traitements.

Le rôle de l'hôpital

Il faut sortir du plan Hôpital 2007 et de la tarification à l'activité (T2A) qui poussent les hôpitaux à privilégier les actes rentables et encouragent les privatisations en asphyxiant les hôpitaux publics. Une vaste réforme de l'hôpital centrée sur le développement des ressources humaines, à partir de l'intervention des personnels, des usagers, en développant les droits et pouvoirs des malades, de leurs familles et des associations de malades est incontournable.

Contrôle public et social des entreprises pharmaceutiques

Un contrôle public et social dans la gestion des entreprises pharmaceutiques est indispensable. Les salariés, les usagers et leurs associations, les professionnels de santé doivent pouvoir intervenir sur le choix des recherches et des productions des entreprises pharmaceutiques, sur la

>>>

>>>

politique des prix et des volumes. Une instance de régulation réelle indépendante pourrait œuvrer à l'évaluation transparente de l'efficacité des médicaments et des économies réalisables grâce aux génériques.

Une nouvelle démocratie sociale et sanitaire

Elle doterait les malades, les associations de malades et les salariés de droits et de pouvoirs nouveaux. Un suivi démocratique des données de santé et des parcours de soins efficaces maîtrisés par les malades eux-mêmes, seraient à construire. Il faut sortir de la «gouvernance» de la loi Douste-Blazy et revenir au principe d'une Sécurité sociale gérée par les salariés, grâce à l'élection des administrateurs des caisses sur listes syndicales, avec la reconnaissance des nouveaux syndicats. Les administrateurs de la Cnam, les salariés des entreprises, doivent disposer de pouvoirs réels d'intervention pour construire un système de santé solidaire et efficace. Ceci exige une réforme et un développement du financement. Le principe de la cotisation sociale doit être défendu car l'entreprise est le lieu où se créent les richesses. Les cotisations appliquées aux salaires versés font appel

à la capacité contributive, «à chacun selon ses moyens», alors que l'accès aux soins repose sur le principe «à chacun selon ses besoins». On échappe ainsi (partiellement) aux limites du salaire et du marché. Cependant, la crise économique et de gestion des entreprises ont conduit au chômage massif, aux pressions sur les salaires, à l'insuffisance dramatique des recettes, en démontrant les limites du type de croissance actuel. Les entreprises sont responsables de la dégradation de la santé des salariés et des populations alors qu'elles profitent d'une force de travail en bonne santé et productive. Il faudrait relever le taux et la masse des cotisations patronales en s'appuyant sur un nouveau type de croissance, de politique économique et de gestion des entreprises, qui exigerait des constructions audacieuses visant la création d'un système de sécurité, d'emploi et de formation (1).

D'autres financements sont possibles

Dans l'objectif d'accroître les rentrées de cotisations à partir de l'accroissement de la part des salaires dans la valeur ajoutée, une modulation des taux de cotisations patronales pourrait être envisagée. Plus une entreprise licencie, économise sur les salaires et réduit la part des salaires dans la valeur ajoutée, moins elle paie de cotisations. Elle devrait être soumise à un taux de cotisation élevé pour inverser cette logique. Au contraire, les entreprises qui participent au développement de l'emploi, de la formation et des salaires seraient assujetties à un taux de cotisation plus bas, mais sur une masse salariale élargie qui est source de rentrées de cotisations. Dans un premier temps, face à l'urgence, une nouvelle cotisation sur les revenus financiers des entreprises et des institutions financières (165 milliards d'euros en 2002) au taux de l'actuelle cotisation patronale à l'assurance maladie apporterait 20 milliards d'euros en ressources. ■

Catherine Mills

Maître de conférences à Paris I.

→ NOTES/RÉFÉRENCES

CAUDRON, J. DOMIN, J.-P. HIRAUX, N. MARIC, M. MILLS, C. *Main basse sur l'assurance maladie*. Paris : Syllepse, septembre 2003. Collection «Notes de la Fondation Copernic». ISBN : 2-84797-026-6.

MILLS, C. CAUDRON, J. *Le Système de santé. Résistances et alternatives*. Paris : Le Temps des cerises, septembre 2004. Collection Espere. ISBN : 2-84109-522-3.

1. BOCCARA, P. *Une sécurité d'emploi ou de formation. Pour une construction révolutionnaire de dépassement contre le chômage*. Pantin : Le Temps des cerises, 2002. Collection Espere. ISBN : 2-84109-402-2. •

RENFORCER LA SÉCURITÉ SOCIALE ET PRÉSERVER LES LIBERTÉS MUTUALISTES

La loi votée, la réforme reste à faire pour améliorer l'égal accès à des soins de qualité et assainir durablement les finances de l'institution. Les outils mobilisés au travers des ponctions financières administrées aux assurés et du positionnement institutionnel nouveau des organismes d'assurance maladie complémentaires sont-ils à la hauteur des enjeux ? Le doute est permis.

Au moment des débats sur sa création, la MGEN se proposait d'être l'assurance maladie des personnels de l'Éducation nationale, l'ordonnance instituant la Sécurité sociale (1) laissant à l'époque sans solution la situation des fonc-

tionnaires. Ce n'est qu'en 1947 (2), que le régime particulier des salariés de l'État a été créé. Dès lors, la MGEN a accompagné l'intégration (3) des fonctionnaires dans le régime général obtenant par ailleurs de gérer leur protection santé collective.

Assurance maladie et MGEN : un partenariat solide

Par la suite, son attachement à l'institution ne s'est jamais démenti. Il est lié à des valeurs partagées de solidarité, de justice sociale et de démocratie... Il tient également au fait que

>>>

>>>

la MGEN n'a jamais aspiré, sous quelque forme que ce soit, à se substituer au régime obligatoire. Non seulement elle n'a jamais voulu emprunter cette voie, mais au contraire, elle a toujours cherché à promouvoir l'assurance maladie obligatoire et à intervenir pour que ses prestations soient au meilleur niveau. Dans l'esprit de ses fondateurs, la mutuelle avait vocation à compléter l'action de la Sécurité sociale, et surtout à défricher des terrains inoccupés, à expérimenter des nouveaux services et à couvrir des défaillances.

La MGEN se sent donc parfaitement à l'aise en tant que mouvement d'idées et organisme de gestion pour apporter, sans arrière-pensée, sa contribution aux réflexions sur l'avenir de la protection santé.

Potion magique ou pilule empoisonnée ?

Votée dans la quasi-indifférence de l'été, la loi portant réforme de l'assurance maladie réalise un « coup » politique plutôt réussi pour Philippe Douste-Blazy.

L'assurance maladie est-elle sauvée pour autant ? Rien n'est moins sûr si l'on en croit les propres incertitudes du ministre promoteur de la loi. Ce dernier, au lendemain de l'adoption de son texte, affichait publiquement ses incertitudes en brandissant le spectre du recours à une franchise en fonction des revenus en cas d'échec de son plan. Quant au jugement qu'entend porter la MGEN sur cette réforme, il repose en réalité sur une double exigence : permettra-t-elle de renforcer l'égalité d'accès aux soins et améliorera-t-elle vraiment l'efficacité du système de santé ?

La carotte et le bâton

Pour tenter de juguler l'hémorragie financière de l'institution à l'horizon 2007, les pouvoirs publics ont recours à trois leviers : une pénalisation financière des malades, une révision profonde des modes de gestion de l'assurance maladie et l'augmentation

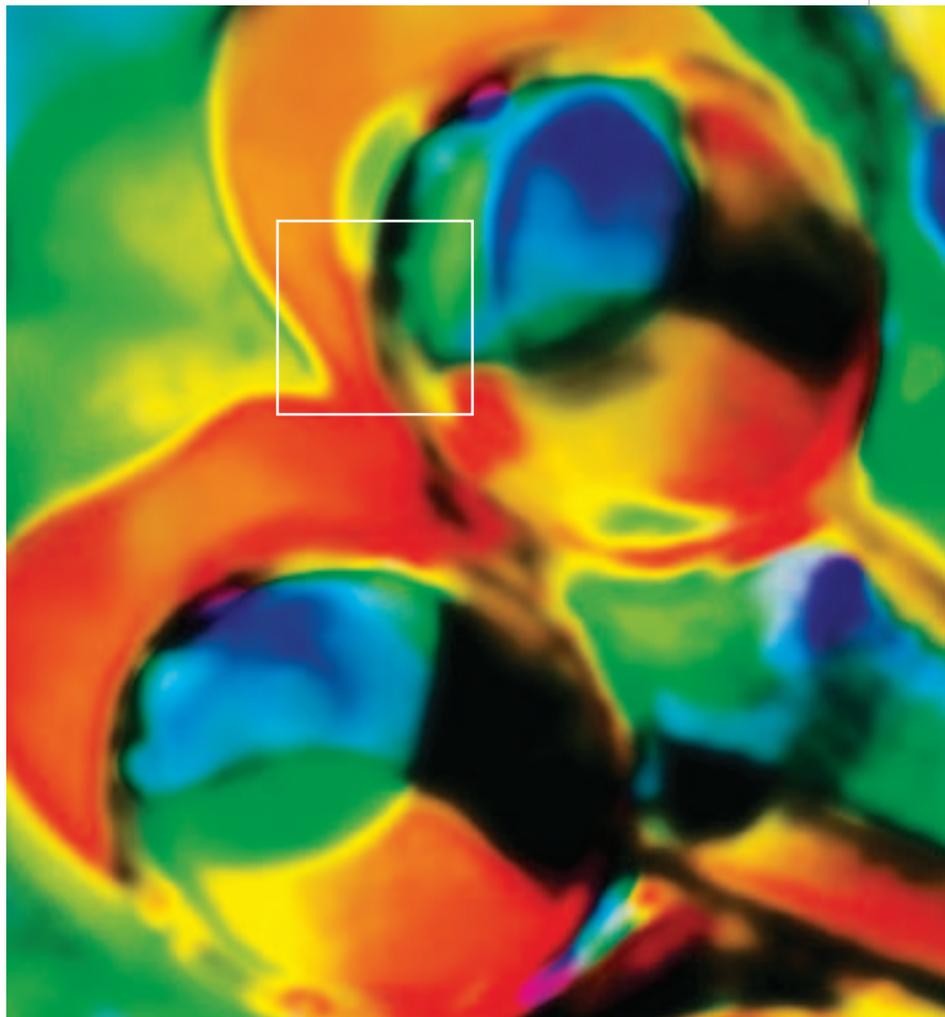
des recettes de l'institution. Ce faisant, le gouvernement utilise l'arme de la dissuasion assortie de sanctions pour les assurés et use de mesures incitatives non contraignantes à l'encontre des professionnels de santé.

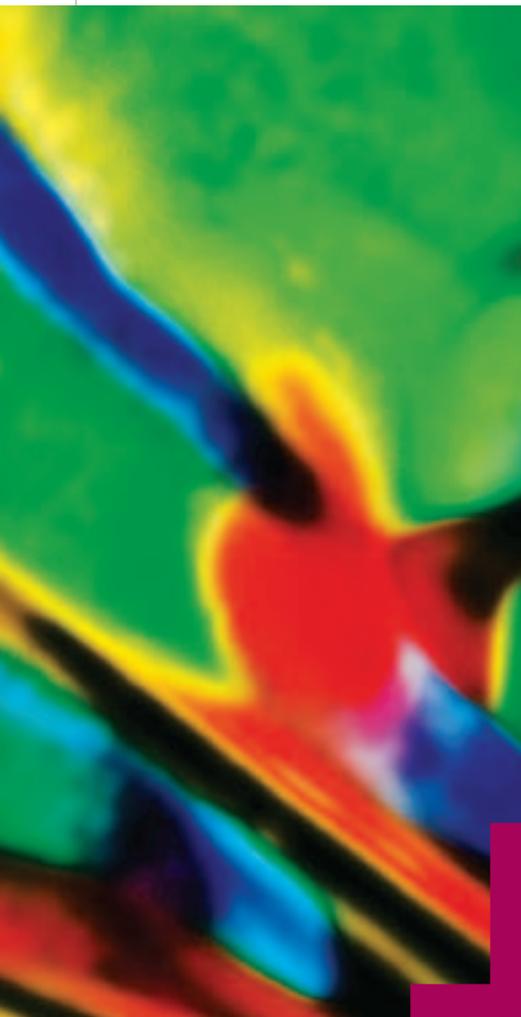
Au motif affiché de responsabiliser les consommateurs de soins, la loi définit un arsenal de dispositions coercitives.

Au total, le dispositif retenu aboutit à alourdir la participation des ménages aux dépenses de santé du fait de la réduction orchestrée des contours de la protection sociale collective. Contraire à toute ambition de santé publique et facteur d'exclusion sociale via une régulation fondée sur les capacités contributives du patient, cette politique est doublement condamnable. Dans son avis sur la loi, le Conseil constitutionnel

a d'ailleurs appelé l'attention du législateur sur les dangers de certaines mesures (franchise, évolution du ticket modérateur) au regard de l'égalité d'accès aux soins.

Force est de constater que parallèlement, le gouvernement soigne sa popularité auprès du corps médical en se contentant d'inviter les professionnels de santé à adopter des pratiques vertueuses. Ainsi par exemple, le patient décidant de consulter un spécialiste sans l'aval de son médecin traitant sera sanctionné financièrement alors que le spécialiste (secteur 1) tirera profit de la situation par la possibilité qui lui est désormais offerte de pratiquer des dépassements d'honoraires. Autrement dit, la bonne idée du législateur de hiérarchiser les parcours de soins, est immédiatement pervertie dans son application par la





mise en cause de l'opposabilité des tarifs, pierre angulaire du système conventionnel. Quant aux mesures de financement décidées, elles sous-tendent une même logique : les assurés vont supporter l'essentiel des efforts (deux-tiers des cinq milliards d'euros espérés).

Prudence et exigences

La principale innovation de la loi réside dans la profonde évolution des modes de gestion de l'assurance maladie. Le nouveau positionnement institutionnel de la mutualité fait couler beaucoup d'encre. À en croire certains, il porte en germe la privatisation de la Sécurité sociale. Ceux-là oublient sans doute que, dès 1999 avec la création de la Couverture maladie universelle (CMU), tous les organismes complémentaires ont obtenu droit de cité au sein de l'assurance maladie.

S'il est indéniable que le modèle de gouvernance retenu via la mise en place de trois unions nationales (4) s'inspire du projet mutualiste, force est de constater que la réforme obéit plus encore aux exigences du Medef au travers de l'installation d'un super directeur de l'assurance maladie, doté de pouvoirs exorbitants exercés au détriment de la démocratie sociale et notamment des représentants des assurés sociaux.

Est-il vraiment inconvenant de préconiser une collaboration plus étroite entre le régime obligatoire et la mutualité dans le seul but d'améliorer la coordination de leurs interventions respectives, dès lors que l'ambition mutualiste clairement annoncée n'est pas de capter des parts du « marché de la santé », mais prioritairement de réaffirmer la prééminence de la Sécurité sociale et son souci de ne voir, en aucun cas, réduire ses prérogatives ?

Tout danger de nouveaux transferts de charges vers les complémentaires n'étant pas exclu dans la configuration proposée par la loi, des garde-fous devront être déployés. En ce sens, la mutualité suggère que soit défini, dans le cadre des lois de financement de la Sécurité sociale, un niveau ambitieux de garanties couvertes par la protection collective en lieu et place du seul objectif global de dépenses pour l'assurance maladie.

Pour autant, il n'est pas question d'ignorer l'importance des nouvelles responsabilités confiées au mouvement mutualiste dans l'architecture de gestion « tripartite » proposée. Car un véritable défi reste à relever pour que soient préservées l'identité et l'initiative mutualistes et écarté le risque de banalisation de son action au sein de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires.

Pronostic réservé

Il serait sans doute imprudent de porter, dès maintenant, un jugement définitif sur cette réforme encore en l'état d'achèvement, plusieurs

dizaines de décrets restant à paraître. Chacun sait bien qu'une loi, à elle seule, ne saurait réunir les conditions de la réussite d'un plan dont l'efficacité tient, pour l'essentiel, à l'engagement de tous les acteurs à modifier leurs comportements.

Aujourd'hui, si le chantier est ouvert la prudence reste de mise car l'avenir solidaire de la protection santé dans notre pays n'est pas assuré. Faute de s'intéresser à l'hôpital, à lui seul responsable de plus de 50 % des dépenses de santé, de réformer le mode de rémunération de la médecine libérale et d'élargir l'assiette des prélèvements sociaux (notamment à la valeur ajoutée des entreprises), l'efficacité sociale, médicale et financière de cette énième réforme est en effet loin d'être démontrée. Autant dire que ceux qui oeuvrent inlassablement à la construction d'une société plus juste, plus solidaire et plus humaine, doivent ensemble rester mobilisés pour veiller au développement et à la promotion de la Sécurité sociale en tant que facteur essentiel de justice et de cohésion sociale. ■

Jackie Fonfria

Vice-présidente de la MGEN.

→ NOTES/RÉFÉRENCES

1. Ce n'est qu'en 1947 (loi du 31 décembre 1946) qu'a été institué le régime particulier des fonctionnaires.
2. L'intégration des fonctionnaires dans le régime général est réalisée avec quelques particularités.
3. La participation des ménages correspond aujourd'hui à 11 % des dépenses de santé.
4. La nouvelle gouvernance inscrite dans la loi propose la création de 3 unions nationales :
 - l'Uncam : Union nationale des caisses d'assurance maladie ;
 - l'Unoamc : Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaires ;
 - l'UNPS : Union nationale des professionnels de santé. •

LA POLITIQUE DES MÉDICAMENTS

Comment agir politiquement face à une industrie pharmaceutique toute-puissante mais qui a de plus en plus de mal à mettre sur le marché des médicaments innovants ? L'expérience de certaines associations de patients pourrait se révéler indispensable.

Nous n'avons pas l'habitude de prendre en compte les médicaments comme des objets politiques. Ce que l'on a partiellement réussi à faire avec le nucléaire ou avec les OGM n'a pas encore eu lieu avec les médicaments. On n'a encore jamais vu un mouvement se constituer pour s'écrier «ce médicament, on n'en veut pas». C'est dommage et nous devons travailler à y remédier !

Le médicament : objet politique

Cette incompétence à faire de la poli-

tique avec les médicaments pourrait être une conséquence de cette vision bien ancrée, à gauche comme à droite, selon laquelle le progrès est un droit de la raison, qu'il n'y a aucune raison de l'interroger. Seules les conditions de diffusion de ce qui nous arrive comme un «progrès» pourraient légitimement être mises en cause : ainsi le rationnement dramatique des médicaments dans les pays pauvres, en Afrique par exemple, fait partie du programme minimum de toute la gauche. Mais s'interroger sur la manière dont sont

inventés, testés, les médicaments présentés par les industriels comme un progrès, ne fait pas partie du bagage politique habituel des militants de gauche, extrême ou modérée. Il est vrai que c'est difficile : on ne «politise» pas une question comme celle des médicaments comme on ajoute un vernis à quelque chose qui existe déjà. Il faut trouver les moyens de reformuler le problème pour qu'il se présente comme un problème politique, c'est-à-dire un problème sur lequel on peut désormais agir.

Question taboue ?

Les débats autour de la réforme de la Sécurité sociale, qui ont lieu depuis un an, sont un bon exemple de ce type d'enjeu. Dans de nombreuses réunions, quand j'ai insisté sur la surconsommation de médicaments en France (la facture de chaque Français est trois fois supérieure à celle d'un Néerlandais !), on m'a souvent répondu que ce n'était pas le moment d'en parler car cela pouvait apporter de l'eau au moulin des partisans du rationnement qui sont en train de réformer la Sécurité sociale. Pour bien s'opposer aux réformes en cours, il faudrait garder ce type de réflexions pour soi ! Ce serait même une condition pour réaliser l'unité la plus large et le «tous ensemble». Il y aurait donc ici interdiction de penser.

Or, toutes les interdictions de penser sont de droite. Ce qui pourrait caractériser la gauche, c'est qu'elle a besoin que les gens pensent comme le remarquait Gilles Deleuze. Ainsi, si on ne pose pas le problème de la surconsommation de médicaments, comment poser les questions qui en découlent : pourquoi les médecins français ont-ils si mal résisté à la pression de l'industrie pharmaceutique ? Comment les aider à mieux résister ? Quel pourrait être le rôle des mutuelles dans la création de réseaux indépendants de visiteurs médicaux ? Quelle fabrication d'expertises nouvelles cela suppose-t-il ?

Les stratégies de l'industrie pharmaceutique

L'industrie pharmaceutique travaille à nous enfermer dans des alternatives infernales du type «les profits d'aujourd'hui sont les médicaments de demain» qui justifient de laisser mourir les malades dans les pays pauvres pour préserver les chances de découvertes de nouveaux médicaments pour les pays riches. C'est le début de la barbarie. Si on veut desserrer ce type d'alternative, sans se limiter à faire de la dénonciation (si la dénonciation était efficace cela se saurait : il y a longtemps que le capitalisme aurait crevé !), il faut entrer dans des endroits qui sont interdits au public : les laboratoires de

recherche privés et publics, les agences du médicament chargées de délivrer les autorisations de mise sur le marché et de proposer un prix pour les nouveautés. Il faut déployer les problèmes en s'intéressant aux détails techniques. C'est la condition pour que l'on puisse apprendre les uns des autres et créer des connexions qui ne soient pas artificielles entre associations de patients, groupes minoritaires de médecins, syndicats de salariés, gestionnaires des mutuelles, etc.

L'impasse de l'industrie pharmaceutique

Aujourd'hui, l'industrie pharmaceutique est dans une impasse : elle n'a pas réussi à donner un deuxième souffle à la révolution thérapeutique de l'après seconde guerre mondiale qui avait permis l'invention des antibiotiques, des anti-inflammatoires, des antihypertenseurs, des psychotropes, etc. Progressivement, tous ces grands produits tombent dans le domaine public et peuvent être génériques. Elle a trois fers au feu pour que ce ne soit pas ses actionnaires qui paient le prix de ce déclin : demander la prolongation des brevets, des prix exorbitants pour toutes les nouveautés (tout en refusant le plus souvent de faire des études comparatives sérieuses avec les médicaments déjà existants), et multiplier les fusions. Il faut s'intéresser simultanément à ces trois enjeux.

Le prix du médicament

Aucun système d'assurance maladie ne pourra résister aux prix demandés par les industriels : entre 1999 et 2004, le prix des médicaments nécessaires pour traiter un cancer du côlon est passé aux États-Unis de 500 à 250 000 dollars pour de toutes petites améliorations ! Les médicaments sont le poste des dépenses de santé qui augmente le plus vite et qui risque de tout emporter. Il est donc urgent de s'in-

téresser à tous les nouveaux médicaments qui sont mis sur le marché. C'est ce qu'ont fait de manière exemplaire les associations de patients contre le sida. Ils se sont même mêlés de la manière dont les études cliniques sont réalisées, faisant proliférer les expertises au lieu de rester dans une position passive : attendre bien gentiment que les chercheurs et les médecins viennent leur «vulgariser» les problèmes. L'AFM (Association française contre les myopathies) à l'origine du Téléthon, souvent peu appréciée à gauche, est allée encore plus loin et s'est mêlée du travail même des chercheurs, ce qui ne leur a généralement pas beaucoup plu. Le message de l'AFM revient pourtant à dire «on ne peut pas faire confiance aux laboratoires pharmaceutiques, ni à l'État, pour mettre au point les médicaments dont nous avons besoin».

Si on veut dénouer les alternatives infernales dans lesquelles les industriels du médicament veulent nous enfermer, il faut apprendre de ces associations, de la manière dont elles ont décidé de financer des projets de recherche, de les contrôler, d'avoir une politique de brevets dont l'impératif n'est pas le retour sur investissements mais la mise au point, le plus vite possible et au meilleur prix, des traitements dont nous pouvons décider que leur invention est une priorité collective. ■

Philippe Pignarre

Chargé de cours à Paris VIII.

→ NOTES/RÉFÉRENCES

1. PIGNARRE, P. *Comment sauver (vraiment) la sécu. Et si les usagers s'en mêlaient ? L'exemple des médicaments*. Paris : La Découverte, 2003. ISBN : 2-70714-267-0.
2. PIGNARRE, P. *Le grand secret de l'industrie pharmaceutique*. Paris : La Découverte, 2004. Poche, numéro 187. ISBN : 2-7071-4439-8.
3. KRIMSKY, S. *La Recherche face aux intérêts privés*. Paris : Les Empêcheurs de penser en rond, 2004. ISBN : 2-84671-123-2. •

ACCÈS AUX MÉDICAMENTS DANS LES PAYS EN DÉVELOPPEMENT : UNE RESPONSABILITÉ COLLECTIVE

Selon l'ONU, au moins 6 des 40 millions de personnes qui vivent aujourd'hui avec le VIH/sida auraient un besoin immédiat de traitement. L'accès aux antirétroviraux du sida dans les pays en développement conduit à poser le problème global des inégalités Nord-Sud dans la conception et la diffusion des médicaments.

Au début des années 1990, certains experts prédisaient que les pays en développement (PED) s'engageaient dans une «transition épidémiologique» qui devait les conduire à un déclin des maladies infectieuses au profit des maladies chroniques (1). L'épidémie de sida, et la résurgence massive de pathologies comme la tuberculose qui lui est liée, ont démenti ce pronostic optimiste. En 2002, 14 millions de personnes, dont 90 % dans les PED, sont décédées de causes infectieuses, et celles-ci continuaient de représenter 70 % de la mortalité sur le continent africain. La branche pharmacie présente le ratio de dépenses de recherche et développement (R&D) sur le chiffre d'affaires (entre 12 et 20 % pour les 40 entreprises les plus importantes) le plus élevé de toute l'industrie américaine (3,4 % en moyenne). Au total, l'industrie pharmaceutique mondiale aurait consacré 30,5 milliards de dollars à la R&D en 2001, ce qui en fait, sans conteste, le principal financeur de la recherche biomédicale. Pourtant, parmi les 1400 nouveaux médicaments mis sur le marché entre 1975 et 1999, seuls 13 (dont 3 pour la tuberculose) concernaient les maladies «tropicales» qui demeurent la principale cause de mortalité et de morbidité dans les PED.

La mise sur le marché des médicaments

Dans le cas des médicaments, la protection par brevets est justifiée par la nécessité d'amortir les coûts élevés de R&D et de respect des procédures, de plus en plus rigoureuses, pour obtenir les autorisations de mise sur le marché des nouveaux produits dans les pays développés qui fournissent 90 % du chiffre d'affaires total. L'importance des coûts de mise au point d'un nouveau

médicament – 800 millions de dollars dans l'estimation la plus citée (2) – ainsi que la hausse régulière de ces coûts au cours des trente dernières années, sont des réalités indéniables. Une part de ce chiffre est néanmoins discutable, surtout dans le contexte boursier déprimé des années récentes, dans la mesure où elle correspond au «coût d'opportunité» du capital, c'est-à-dire aux intérêts qui auraient été perçus par les firmes si les flux investis dans la R&D avaient plutôt été investis sur les marchés financiers. Des estimations alternatives qui prennent en compte les transferts à l'industrie des résultats de la recherche publique et les avantages, notamment fiscaux, accordés à la R&D privée, conduisent à des chiffres inférieurs d'un facteur 2 ou 4. En tout état de cause, si l'analyse économique souligne l'importance de la protection de la propriété intellectuelle pour garantir l'innovation à long terme, elle attire en parallèle l'attention sur le risque qu'elle ne conduise à des rentes de monopole excessives.

La pratique des prix «différentiels»

Contrairement à ce que certains représentants de l'industrie ont prétendu au cours des vives controverses suscitées par l'accès aux médicaments antirétroviraux du VIH/sida, pratiquer des prix «différentiels» en fonction du niveau de développement des pays est une stratégie rationnelle pour des firmes disposant d'un pouvoir de monopole (comme c'est le cas pendant la période de protection par un brevet d'un nouveau médicament). Adapter les niveaux de prix aux pouvoirs d'achat respectifs, et à la plus ou moins grande sensibilité («élasticité») de la demande par rapport aux prix, permet de

maximiser les profits de la firme. De plus, cette discrimination par les prix a le mérite d'être socialement vertueuse puisqu'elle conduit à ce que les consommateurs des pays riches contribuent, dans une proportion plus importante, à l'amortissement des coûts fixes de R&D et facilitent ainsi des prix plus bas, et donc un plus large accès aux médicaments dans les pays pauvres.

Le problème est que cette différenciation est rarement mise en œuvre par les firmes ; les prix des médicaments demeurent, en règle générale, aussi (parfois plus) élevés dans les pays pauvres. Les firmes privilégient plutôt une stratégie alternative, dite de segmentation du marché, qui consiste à ne s'intéresser qu'à la fraction, très minoritaire dans les PED, de la demande qui demeure peu sensible aux prix, quitte à négliger la grande masse des consommateurs potentiels. C'est d'ailleurs une conduite analogue que suivent les firmes quand leur brevet tombe à expiration, et que leur produit est soumis à la concurrence d'équivalents génériques, sur les marchés des pays développés : alors que les prix des génériques sont de 40 à 70 % inférieurs, les titulaires de la molécule originale préfèrent, en général, augmenter leurs prix afin de se concentrer sur la minorité des consommateurs les moins sensibles au prix et les plus attachés à l'image de qualité du produit de «marque».

Il a fallu une intense mobilisation de l'opinion publique internationale et des organisations onusiennes, et surtout l'introduction d'une concurrence générique, y compris sur des produits encore protégés par des brevets, pour que les prix des multithérapies antirétrovirales du sida bénéficient depuis 2002 de baisses de prix significatives dans les PED. Certaines combinaisons antirétrovirales sont vendues désormais de 150 à 300 \$ par personne et par an, soit des tarifs de 50 à 100 fois inférieurs à ceux pratiqués en Europe ou en Amérique du Nord, et dans un certain nombre de PED, les firmes détentrices de brevets ont tendu à aligner leurs prix sur ceux des génériques (3). La possibilité de recourir à des licences obligatoires, contre l'avis du détenteur de brevet, pour produire les génériques en cas d'urgence de santé publique (le sida, la tuberculose ou la malaria constituant d'évidence de telles urgences dans les PED), ainsi que d'exporter ces génériques vers les pays n'ayant pas la capacité de les produire, ont été reconnues en 2001 à Doha et en 2003 à Genève par l'Organisation mondiale du commerce.

La pérennité de prix différentiels en faveur de l'accès aux médicaments dans les pays pauvres suppose, certes, de mettre en place des mécanismes de régulation pour respecter un équilibre entre les intérêts concernés. Une régulation est aisée pour ce qui est des risques de réimportation parallèle vers les pays riches pour lesquels des contrôles techniques sont faciles à mettre en œuvre. Plus délicate à régler, à l'heure où les déficits des systèmes d'assurance maladie sont une priorité des décideurs politiques, est la crainte (plus ou moins explici-

tement avouée mais bien réelle) de l'industrie que les prix au «coût marginal» de production (hors R&D) pratiqués au Sud ne viennent servir de référence aux pouvoirs publics des pays riches pour la fixation des prix sur leur propre territoire.

De plus, le mécanisme de prix différentiels n'est soutenable que pour des maladies pour lesquelles les marchés des pays riches sont suffisants en eux-mêmes pour assurer l'amortissement des frais de R&D. Pour les pathologies infectieuses qui se concentrent au Sud, il n'y a pas d'autre solution que de considérer que le progrès des solutions thérapeutiques et vaccinales constitue ce que des économistes, comme le Prix Nobel J. Stiglitz, qualifient de «bien public global» (4). La production de tels biens publics ne peut reposer que sur un partenariat combinant des efforts internationaux plus massifs et coordonnés de recherche publique avec des incitations financières aux firmes de s'engager dans des domaines de recherche a priori non rentables pour elles, comme cela se pratique avec succès en Europe et aux USA pour les maladies génétiques rares dites «orphelines».

Les débats sur l'accès aux médicaments pour les malades des pays pauvres fonctionnent encore trop souvent sur le mode de la recherche de boucs émissaires, cette figure pouvant, tour à tour, être occupée par l'industrie multinationale, les gouvernements des PED, l'impéritie des consommateurs, etc. Réduire l'écart Nord/Sud dans l'accès aux médicaments implique en fait un transfert massif de ressources qui affectera tous les acteurs économiques des pays riches. ■

Jean-Paul Moatti

Professeur d'Économie à l'Université de la Méditerranée, syndiqué au SNESUP, section Marseille Sud.

→ NOTES/RÉFÉRENCES

1. JAMISON, D.-T., MOSLEY, W.-H. Disease control priorities in developing countries: health policy responses to epidemiological change. *Am J Publ Hlth*, 1991, 81, p. 15-22.
2. DIMASI, J.-A., HANSEN, R.-W., GRABOWSKI, H.G. The price of innovation: new estimates of drug development costs. *J Hlth Eco*, 2003, 22, p. 151-185.
3. MOATTI, J.-P., N'DOYE, I., HAMMER, S.-M., HALE, P., KAZATCHKINE, M. Antiretroviral treatment for HIV-infection in developing countries: an attainable new paradigm. *Nature Medicine*, 2003, 9, p. 1449-1452.
4. SMITH, R., BEAGLEHOLE, R., WOODWARD, D., DRAGER, N. *Global public goods for health. Health economic and public health perspectives*. Oxford : Oxford University Press, 2003. ISBN : 0-19-852544-3. •