

Collectif

MOUVEMENT SYNDICAL ET DYNAMIQUE SOCIALE

NUMÉRO SPÉCIAL

Les enjeux de la protection sociale



- **Quel financement
aujourd'hui et
demain ?**

- **Développer les
solidarités**

- **Le déficit de la
Sécurité sociale :
éléments du constat**

Sommaire

Le numéro : 30 francs
Edité par l'association "Collectif"
Trimestriel
Directeur de publication : Léon Dion

ABONNEMENTS

Tarif normal : 120 francs
Tarif de soutien : 200 francs
Tarif réduit : 80 francs (bas revenus, smicards, chômeurs, étudiants)
Tarif de diffusion : 220 francs (envoi de deux exemplaires)
Chèques à l'ordre de Collectif, adresser à Collectif BP 74, 75960 Paris Cedex 20
Imprimeur : Rotographie 2, rue Richard Lenoir. 93100 Montreuil
Commission paritaire n° 69252.
Diffusé par Dif' Pop
Tél : (1) 45.32.06.23.

Dépot légal : 2^e trimestre 1994

COMITE DE REDACTION ET CORRESPONDANTS

Patrick Akhimoff
Michel Angot
Jean-Pierre Anselme
Danielle Banneix
Louis-Marie Barnier
Laurent Batsch
Henri Benoits
Jean Boquet
Dominique Boury
Henri Célié
Isabelle Chauvenet
Philippe Cornelis
Marie Costas
Jeanne Couderc
Pierre Cours-Salies
Claude Debons
Michel Demars
Léon Dion
Marcel Donati
Alain Filou
Didier Gelot
Jean-Claude Genet
Dominique Guibert
Jean-Luc Heller
Charles Huard
Annette Jobert
Dominique Jussienne
Jean-Pierre Lemaire
Robert Linhart
Daniel Lisembard
Jean-Michel Longchal
Jean-Pierre Martin
Bruno Négroni
Pierre-Yves Rébérioux
Daniel Richter
Danielle Riva
Chantal Rogerat
Serge Roux
René Seibel
Serge Seninsky
Jean-Philippe Sennac
Jacky Toublet
Marie-Françoise Vabre
Yorgos Vlandas
Serge Volkoff
Philippe Zarifian

SPECIAL PROTECTION SOCIALE

- 1 **EDITO** *Claude Debons*
- 3 **Le déficit de la sécurité social:éléments du constat.***Jacques Bournay*
- 6 **Financement de la protection sociale:ne pas lâcher la proie pour l'ombre.***Michel Husson*
- 9 **Maîtriser les dépenses de santé ou rationner la socialisation des dépenses.***Daniel Desmé*
- 12 **La gestion de la sécurité social:démocratie sociale ou contrôle étatique.***Patrick Hassenteufel*
- 15 **Quel financement pour la protection sociale aujourd'hui et demain***Jean-Christophe Le Digou*
- 19 **Protection sociale: la charge de la sociale légère.***Christophe Pouliguen*
- 21 **Développer les solidarités.***François Labroille*
- 24 **Une protection sociale plus juste et plus efficace.***Gérard Courcheron*
- 28 **La protection sociale en Europe à l'épreuve du libéralisme.***Claude Debons*
- 31 **Protection sociale 1945-1995...Le sens des luttes.***J.-C. Gagna*
- 34 **Débattre pour agir ensemble.***Julien Neouvielle*

COLLECTIF vit grâce à ses lecteurs. L'acheter c'est bien, S'ABONNER C'EST MIEUX...

Et c'est surtout indispensable pour l'équilibre de la revue.

N'attendez pas, tout de suite à vos chèquiers.

Pour la protection sociale

La protection sociale a une longue histoire et pourtant son avenir est menacé¹. Produit des luttes du mouvement ouvrier depuis les sociétés de secours mutualistes du siècle dernier jusqu'à la mise en place, à partir de 1945, des fondements du système actuel, elle a fait la preuve de son efficacité pour atténuer les conséquences des difficultés et des drames de l'existence.

Avec la crise économique et le chômage de masse, des difficultés de financement sont apparues. Les causes structurelles immédiates en sont connues. Les recettes constituées pour l'essentiel de cotisations assises sur la masse salariale sont pénalisées par le chômage, la précarité, le raccourcissement de la durée d'activité, l'austérité salariale. Dans le même temps, les dépenses ont augmenté fortement : indemnisation du chômage, assurance vieillesse, prestations de santé. Il ne faut pas oublier non plus que le régime général supporte diverses charges indues qui obèrent ses comptes.

Les politiques gouvernementales ont tenté d'apporter des réponses par l'augmentation des recettes (cotisations, CSG) - mais cette voie se heurte au crédo libéral de baisse des charges des entreprises et de baisse des prélèvements - et par la réduction des dépenses - mais celle-ci s'est faite le plus souvent sur le dos des assurés, aggravant la situation des plus défavorisés. Il suffit d'évoquer la réforme des retraites avec de nouveaux critères de calculs qui, par rapport aux anciens critères, produiront à terme une baisse de 15 à 20 % des pensions servies; les dernières conventions UNEDIC avec le durcissement des conditions d'accès à l'indemnisation et leur dégressivité qui ont alimenté l'exclusion; ou encore les multiples mesures de «maîtrise des dépenses» de santé par les augmentations du ticket modérateur, du forfait hospitalier... etc, sans que soit jamais remis en cause le dogme de la médecine libérale ou les profits de l'industrie pharmaceutique.

De fait, deux logiques s'affrontent quant à l'avenir de la protection sociale. Celle (patronale et gouvernementale) qui affirme que la protection sociale est un obstacle à l'emploi dans le contexte économique international et qu'il faut donc la réduire. Et celle (sociale et syndicale) exigeant une protection sociale de haut niveau, d'autant plus nécessaire avec la pauvreté croissante, et appelant donc une rénovation de ses missions et des financements supplémentaires.

Cet affrontement est amplifié par l'environnement libéral comme l'indiquait la revue *Futuribles* en décembre 1992 : «Si l'avènement de l'économie planétaire doit se traduire par le fait que les entreprises européennes seront de plus en plus exposées à la concurrence d'autres entreprises n'ayant pas les mêmes us et coutumes et ne subissant pas les mêmes contraintes sociales et fiscales, on peut à juste titre s'inquiéter, ou de perdre la guerre économique, ou de devoir quelque peu sacrifier les prodigieux avantages sociaux que nous ont, jusqu'à présent, garanti les dispositifs publics de protection sociale infiniment plus développés en Europe que partout ailleurs».

C'est bien l'avenir d'une protection sociale solidaire qui est désormais en jeu au travers des réponses libérales qui s'articulent autour de plusieurs axes :

- restreindre les systèmes par répartition fondés sur la solidarité au profit de régimes par capitalisation fonctionnant selon une logique d'assurance privée protégeant chacun selon ses moyens et ouvrant la voie à une protection sociale à plusieurs vitesses,
- transformer la structure du financement de la protection sociale avec une fiscalisation accrue en accentuant le désengagement des entreprises et le transfert du financement sur le dos des salariés (budgétisation des allocations familiales, recours à la TVA... etc)
- aggraver le processus d'éclatement de la Sécurité sociale dans la lignée des ordonnances de 1967 et de la loi Veil de 1993 en accentuant la séparation entre ce qui relève d'une logique professionnelle et ce qui relève d'une logique universelle, entre ce qui relève de l'assurance et ce qui relève de la solidarité,
- renforcer le rôle du pouvoir politique dans les décisions essentielles au détriment des «partenaires sociaux» qui voient les règles du jeu économique et les choix politiques leur échapper pour ne conserver que la seule gestion.

Le gouvernement Balladur avait préparé le terrain d'une réorganisation d'ensemble des prestations, du financement et de la gestion de la Sécurité sociale par la sortie successive de trois rapports du Commissariat Général du Plan et du Livre Blanc sur l'assurance maladie. Le candidat Chirac, outre ses promesses de création d'une allocation dépendance pour les personnes âgées et d'une allocation parentale de libre choix qui s'inscrit dans l'offensive visant à faire pression pour le retour des femmes au foyer, a levé un coin

du voile sur une réforme du financement de la protection sociale articulée avec une réforme de la fiscalité qui n'ont rien de progressistes.

D'une part, il s'agirait de faire baisser les charges des entreprises (ce qui permettrait une certaine augmentation des salaires directs nous assure-t-on) et de compenser le manque à gagner par une augmentation de la TVA (voire de la CSG). Le processus de fiscalisation franchirait de nouveaux pas, les salariés se verraient reprendre d'une main plus que ce qu'ils auraient (peut être) obtenus de l'autre, le patronat empocherait l'essentiel du bénéfice de l'opération.

D'autre part, il s'agirait d'envisager une fusion de la CSG et de l'impôt sur le revenu. Quels pourraient être les principaux axes ? La CSG est proportionnelle et l'impôt sur le revenu progressif; leur rapprochement pourrait servir à justifier la suppression de la tranche supérieure de l'impôt sur le revenu qui frappe les ménages les plus aisés (il ne faut pas décourager le travail et le mérite nous disait le candidat). La CSG touche davantage les revenus les plus modestes; leur rapprochement pourrait permettre un élargissement vers le bas de l'assiette de l'impôt sur le revenu. Dans tout cela, il n'est bien sûr pas question de lutte contre la fraude fiscale, ni de remise en cause des exonérations d'impôts dont bénéficient les ménages les plus aisés, ni de taxations des revenus spéculatifs, ni de fiscalité renforcée sur le capital ou les bénéfices des entreprises.

Le projet «du candidat de la lutte contre la fracture sociale» ne va pas tarder à montrer son vrai visage.

Face à cette offensive, la réponse ne peut se situer dans la seule défense immobile d'un statu-quo présenté comme idyllique. Il ne faut pas masquer les insuffisances et les inégalités en matière de prestations et de cotisations, le rapport coût/efficacité insatisfaisant du système de soins, ainsi que la lourdeur d'une machine bureaucratique de moins en moins perçue comme appartenant aux travailleurs. La défense et l'extension des principes de solidarité permis par les systèmes par répartition, la préservation de l'autonomie du budget de la protection sociale par rapport au budget de l'Etat, la nécessité de nouveaux financements pour répondre aux besoins sociaux, la recherche d'une meilleure efficacité des systèmes de prévention et de soins, le refus des logiques d'éclatement de la protection sociale, l'exigence d'une gestion sociale et démocratique constituent autant de terrains de débat et d'action.

La crise pose un nouveau défi, celui de la pauvreté et de l'exclusion. Cette précarité sociale croissante demande plus de protection sociale, plus de solidarité, et non l'inverse. C'est un véritable enjeu de société. C'est possible si l'on veut bien ne pas oublier que la production de richesses n'a pas cessé et que le problème essentiel est celui de leur redistribution. Une réforme progressiste de la fiscalité sera nécessaire pour permettre une répartition des richesses au service de la satisfaction des besoins sociaux.

Par ailleurs, la division actuelle du mouvement syndical sur ce sujet, illustrée ces derniers mois par trois journées d'action successives autour de FO, de la CGT et de la CFDT, est lourde de dangers pour l'avenir. On ne fera pas reculer les projets libéraux sans une convergence des forces syndicales et mutualistes. C'est possible si l'on se rappelle l'attachement des travailleurs et des retraités à une conquête sociale de premier plan et pour peu qu'on leur propose des perspectives d'action fortes et unitaires.

Ce numéro de *Collectif s'*inscrit dans notre volonté de contribuer à des réponses pour l'avenir de la Sécurité sociale et à une démarche unitaire pour les faire aboutir. La réflexion a surtout porté sur l'assurance maladie et s'est organisée autour de plusieurs thèmes : réalités et causes du déficit, élargissement de l'assiette du financement et fiscalisation, satisfaction des besoins sociaux et maîtrise des dépenses, gestion sociale et démocratique et rôle de l'Etat, construction européenne et concurrence internationale.

Nous remercions de leur contribution tous ceux à qui nous avons donné la parole : économistes, universitaires, responsables syndicaux d'origines diverses. Ces derniers n'engagent pas leur organisation en tant que telle mais leur expression est bien évidemment le produit des réflexions menées et des responsabilités exercées en leur sein.

Notre souhait : que ce numéro spécial contribue à la réflexion, à l'action et à l'unité pour inventer la protection sociale solidaire de demain.

Claude DEBONS

1 voir «La protection sociale à la croisée des chemins» - *Collectif* n° 24 - Décembre 1994.

Le déficit de la Sécurité sociale : éléments du constat

En 1994, le déficit du régime général de la Sécurité sociale a été de 62 milliards de francs et il sera probablement d'un montant équivalent en 1995. Il faut donc s'attendre prochainement à un nième «plan de redressement» de la Sécu.

Mais, bien sûr, il n'en était pas question avant les présidentielles. Si, à cette occasion, il y avait eu un véritable débat démocratique, le financement de la protection sociale aurait été un des sujets sur lequel on aurait aimé entendre tous les candidats, car il est probablement un bon indicateur du type de société que l'on souhaite construire.

Après les discours sur la fracture sociale et les promesses sur la France pour tous, le nouveau pouvoir s'installe: le ministère des Affaires sociales est démantelé, d'importantes décisions sont en préparation, nous dit-on. Il est temps pour nous aussi de faire le point sur la Sécu et plus généralement sur la protection sociale.

HARO SUR LE REGIME GENERAL

On constate tout d'abord un grand flou dans la présentation des chiffres par les médias : on parle souvent simultanément, et sans faire les distinctions qui s'imposent, de quatre niveaux différents. A partir de la définition la plus

large, l'ensemble de la Protection sociale, en restreignant peu à peu le champ, on passe successivement aux Assurances sociales (qui excluent les divers régimes directs et les mutuelles, et des prestations comme le quotient familial fiscal), puis à la Sécurité sociale (en enlevant du précédent le chômage), et enfin seulement au Régime général (des salariés du secteur privé), en excluant les régimes particuliers de salariés (fonctionnaires, SNCF, EDF,...) et de non-salariés.

De fait, les projecteurs sont toujours braqués sur les 62 milliards de déficit du régime général, «le trou de la Sécu» comme disent les médias. Mais que veut vraiment dire ce chiffre ?

DE SIMPLS REGLES COMPTABLES ?

Pendant longtemps, le rapport annuel de la Commission des comptes de la Sécurité sociale a été en fait essentiellement consacré au seul Régime général (mais cela a heureusement changé avec le rapport 1994). Pour clarifier le débat, deux mesures techniques dans la présentation des comptes sont préconisées et elles semblent effectivement nécessaires :

- il serait souhaitable de disposer de comptes vraiment distincts pour tous les divers régimes et, de ce point de vue, une comptabilité séparée des différentes caisses nationales serait utile. Mais c'est maintenant assez difficile à établir puisque les caisses nationales d'assurance maladie et d'allocations familiales du régime général couvrent aujourd'hui en fait la quasi-totalité de la population. Cette extension est en soi une bonne chose, mais il n'y a aucune raison pour que des règles comptables qui reportent sur le régime général les déficits d'autres régimes, soient inter-

prêtées comme condamnant le régime général à soutenir tous les régimes en difficulté, en particulier ceux des non-salariés (le rapport cherche ainsi à nous tirer des larmes avec les difficultés de la caisse de retraite des cultes et avec les perspectives dramatiques de celle des chirurgiens-dentistes!)

- il faudrait une comptabilité en «droits constatés», c'est-à-dire en cotisations et prestations «dues» et non pas «reçues» ou «versées», pour tenir compte correctement des masses importantes de cotisations non payées (voir plus loin, à propos des charges indues).

En principe, ces deux modifications devraient être introduites dans les prochains rapports sur les comptes de la Sécu.

LE «TROU DE LA SECU» ET LE «GOUFFRE DU BUDGET»

Si l'on revient maintenant aux 62 milliards, une première remarque s'impose : cela ne représente qu'environ 5,6 % des dépenses du Régime général (et seulement 3,5 % pour l'ensemble des Assurances sociales), alors que par comparaison, le déficit du Budget de l'Etat est de 22,8 % (368 milliards de déficit pour 1616 milliards de dépenses), tous ces chiffres étant relatifs à 1994.

Il y a pourtant beaucoup moins de battage médiatique sur ces derniers chiffres... On insiste beaucoup moins sur le fait que, dans ces 368 milliards, il y a 201 milliards d'intérêts sur la dette publique puisque l'Etat, au lieu de «faire payer les riches» par l'impôt, a préféré leur emprunter. Cette politique des Finances publiques, suivie par Delors, Bérégovoy et Balladur, est fondée sur le dogme ultra-libéral «il faut baisser les prélèvements obligatoires», alors que

pour la Sécu, on applique le principe «il faut réduire les déficits publics», autre dogme ultra-libéral, mais totalement contradictoire au précédent!

LES CHARGES INDUES

Le fameux «trou» de 62 milliards du seul Régime général doit donc être fortement relativisé dans son principe. Mais il résulte aussi d'une scandaleuse présentation des choses qui fait supporter au régime général une masse considérable de charges indues.

- En plus des prestations proprement dites qui sont versées directement aux ménages, environ 216 milliards sont transférés aux hôpitaux publics, pour leur fonctionnement.

- Plus de 65 milliards sont transférés aux autres régimes, notamment au titre de la «compensation démographique», car de nombreux régimes particuliers de salariés et de non-salariés qui ont refusé de rentrer dans le régime général lors de la mise en place de la Sécu en 1945, ont aujourd'hui beaucoup plus d'ayant-droits que de cotisants et les gouvernements ont mis depuis longtemps la plus grande part de cette compensation à la charge du régime général.

- De plus, dans la période récente, des exonérations de cotisations sociales ont été accordées aux patrons afin de «faciliter l'embauche», mais une bonne moitié de ces exonérations (environ 15 milliards) n'est pas prise en charge par le budget de l'Etat, qui les a pourtant décidées, mais doit être supportée par le régime général.

- Enfin les dettes patronales, pudiquement appelées «cotisations non recouvrées» dans le rapport, se montent à 75 milliards au 31 décembre 1993 (environ 10% des cotisations patronales!), dont plus de la moitié ne sera effectivement jamais payée. On dit qu'une part non négligeable de ces dettes sont des dettes de l'Etat-patron lui-même!

LA MAITRISE DES DEPENSES DE SANTE

L'année 1994 a connu un déficit de la Sécu malgré un net ralentissement

des dépenses de santé dont s'est félicitée Mme Veil, ministre des Affaires Sociales, et malgré la reprise économique qui semble s'amorcer.

Ce débat sur la maîtrise des dépenses de santé est ancien et important. Le premier point est de reconnaître qu'il est normal que l'ensemble de la population puisse bénéficier des progrès de la médecine. Mais on peut, ensuite, se demander si l'augmentation des dépenses de santé, et notamment de la consommation de médicaments particulièrement forte en France par rapport à d'autres pays européens, aboutit vraiment à un meilleur état de santé de la population ou s'il s'agit de «remèdes» contre la misère matérielle et morale de la vie dans ce capitalisme de la fin du XX^e siècle.

Le second point concerne le choix des dépenses dans l'ensemble de la consommation des ménages. Au nom de quoi messieurs les libéraux, défenseurs du marché, prétendent-ils régenter le choix des consommateurs, qu'ils présentent par ailleurs comme souverains? A ce titre, la comparaison avec les dépenses de logement est éclairante. Le logement est maintenant presque entièrement privé et il n'y a pas de campagne pour déplorer que les dépenses de logement soient trop importantes (elles représentent pourtant le double des dépenses de santé) ou augmentent trop vite (alors qu'en moyenne elles croissent comme la santé). D'ailleurs, aux Etats-Unis où le poids des dépenses de santé dans le PIB est beaucoup plus élevé qu'en France, personne ne demande sa diminution. On voit bien que le véritable problème réside dans le caractère encore largement socialisé des dépenses de santé.

L'organisation du système de santé constitue le troisième point. En France aujourd'hui, elle est largement privatisée: fonctionnement libéral de la médecine, laboratoires pharmaceutiques et officines privés. Les profits confortables réalisés dans ce domaine augmentent évidemment les dépenses de santé, mais il ne semble pas être question de nationalisation dans les projets de la bourgeoisie... C'est la réduction de l'offre de soins qui est à l'ordre du

jour: diminution du nombre de praticiens (avec un *numerus clausus* très strict pour les études de médecine et si bas qu'il risque d'aboutir à un manque de médecins en France dans une vingtaine d'années), diminution du nombre de lits d'hôpitaux (il y en aurait 20000 de trop, surtout dans les hôpitaux publics bien sûr).

LE POIDS DU CHOMAGE

La protection sociale, dans son ensemble, souffre d'un manque de ressources, à cause du blocage des salaires et bien sûr du chômage. En 1994, la progression de la masse salariale globale a été la plus faible depuis de nombreuses années ce qui a évidemment des conséquences directes sur les cotisations reçues, assises sur les seuls salaires. Les profits eux se portent très bien merci, et cela invite à réfléchir aux propositions CGT d'élargissement de l'assiette à l'ensemble de la valeur ajoutée créée dans les entreprises, avec prise en compte de la politique de l'emploi suivie (taux dégressif en fonction des embauches nouvelles).

En ce qui concerne l'effet du chômage, pour l'ensemble des Assurances sociales, et en ne prenant en compte que les seuls salariés, on peut faire le petit calcul simple suivant, à partir des chiffres de la comptabilité nationale, relatifs à 1994. Pendant cette année 1994, les 19,5 millions de salariés ont versé 1288 milliards de francs de cotisations, ouvrières 416 et patronales 872. Du côté des dépenses, 107 milliards ont été versés aux 3,2 millions de chômeurs recensés. Approximativement, on peut estimer qu'un million de chômeurs se traduit par une perte de recettes d'environ 66 milliards de cotisations (1288 / 19,5) et donc une perte globale de 211 milliards de cotisations (66 x 3,2): au total, le chômage crée, pour l'ensemble des 3,2 millions de chômeurs, un «trou» de 318 milliards (211 + 107) dans les comptes des Assurances sociales. Voilà qui permet de mieux juger les 60 milliards de déficit de l'ensemble des Assurances sociales, mais qui indique aussi qu'il y a un véritable problème de financement de la protection sociale.

LA SECU MALADE DU LIBERALISME

Fondamentalement en effet, le nouveau mode de fonctionnement du capitalisme mondial qui se met en place, dans la douleur, depuis une vingtaine d'années marque, en Europe, un virage complet par rapport à la période précédente. A la fin de la guerre, le rapport de force entre les classes avait permis d'imposer à la bourgeoisie, qui ne s'en est d'ailleurs pas si mal trouvé, un capitalisme «keynésien», impliquant, sous le contrôle de l'Etat, une forte distribution de pouvoir d'achat afin de soutenir la croissance, notamment à travers une protection sociale étendue, et garantissant ainsi la paix sociale. C'était bien cela le sens profond de la «planification à la française» que certains semblent regretter. Aujourd'hui, après la défaite de Mai 68, après l'effondrement du stalinisme, et avec la crise du mouvement ouvrier, la bourgeoisie n'a plus besoin de tels compromis, c'est le libéralisme pur et dur qui s'impose, et tant pis pour ceux qui continuent à croire au «capitalisme à visage humain». En conséquence, bien plus qu'à des difficultés de financement dues au chômage, dont personne d'ailleurs ne prévoit la fin, c'est à une tentative de démantèlement complet de la protection sociale actuelle que nous devons faire face. Car c'est son principe même, dans la logique des besoins, qui est contradictoire avec la logique du profit : la santé, et à terme l'ensemble de la protection sociale, doit devenir une marchandise, les usagers doivent devenir des clients, payant les soins à leur juste prix, le prix du marché! Si cela devait arriver, on peut être sûr que l'on n'entendrait plus les jérémiades sur «les dépenses de santé qui augmentent trop vite».

UN AVENIR SOMBRE, SAUF SI...

Dans tous les pays de l'Union européenne, le démantèlement de la protection sociale est à l'ordre du jour. Avec partout la même chanson : «les travailleurs européens vivent au-dessus de leurs moyens, ils ne peuvent plus continuer à avoir le niveau de protection

sociale le plus élevé du monde». Et avec partout la même «justification», la concurrence mondiale, alors que cela n'a rien à voir. D'une part, la protection sociale est un problème de redistribution des richesses à l'intérieur de chaque pays, et d'autre part, le volume des richesses créées continue à croître malgré la crise. Ainsi la France, par exemple, est deux fois «plus riche» qu'il y a vingt-cinq ans (très précisément, le PIB à prix constants a été multiplié par 1,8 entre 1970 et 1994). Il faut donc répliquer au pilonnage médiatique : oui on peut maintenir et améliorer le niveau de la protection sociale car les moyens existent et dans une société en principe démocratique, les citoyens doivent avoir leur mot à dire dans la répartition du revenu national.

Mais cela ne semble pas être l'avis des technocrates français et «bruxellois». Le modèle proposé, par exemple dans le rapport Minc et dans les travaux préparés actuellement au Plan, consiste en un système de minima sociaux, très bas, et pour le reste vive les assurances privées (pardon les contributions volontaires). Ils seraient financés essentiellement, non plus par des cotisations

assises sur les salaires, mais par la fiscalité, avec une justification particulièrement hypocrite, qu'on a déjà entendue à propos de la CSG : «la fiscalité est plus juste car elle frappe tous les revenus». Ce qui est sans doute vrai en principe, mais comme ces nobles humanistes ajoutent ensuite «bien sûr, comme la liberté des mouvements de capitaux internationaux doit être préservée, il faudra exonérer les revenus financiers», on ne voit plus très bien quelle est la différence avec la situation actuelle d'un financement assis sur les seuls salaires, à part la mise à contribution des retraités.

Il ne faut donc pas se focaliser sur ce débat «pour ou contre la fiscalisation», qui revient à savoir à quelle sauce les salariés vont être mangés. On peut certes s'interroger pour voir si certaines modalités ne sont pas plus favorables (ou plus exactement moins défavorables) que d'autres. Mais les différences sont faibles et, en tous cas, pas à la hauteur de l'enjeu. L'urgence pour les organisations du mouvement ouvrier est d'abord de reconstruire le rapport de force. Mais ceci est une autre histoire...

Jacques BOURNAY
(CGT INSEE)

Quelques chiffres relatifs à 1994 :
(en milliards de francs, source INSEE Comptabilité Nationale)

	Ensemble des Assurances sociales	Régime général
DEPENSES	1730	1102
Prestations	1371	762
Santé	399	312
Vieillesse	712	298
Famille	153	152
Chômage	107	-
Versements aux hôpitaux	216	216
Autres dépenses	66	79
Fonctionnement	77	45
RECETTES	1670	1040
Cotisations	1399	884
Employeurs	872	595
Salariés	416	250
Non-salariés	111	39
Impôts	86	55
Autres ressources	185	101
DEFICIT	60	62

Financement de la protection sociale :

Ne pas lâcher la proie pour l'ombre.

Dans le débat sur la protection sociale, on avance souvent l'idée qu'une modification de sa structure de financement (indépendamment même du niveau des dépenses) permettrait d'avoir un effet favorable à l'emploi. Que faut-il en penser ?

LE COIN FISCAL

La version ultra-libérale part du principe selon lequel **les charges sociales conduisent à un coût du travail excessif**. S'il s'agit de dire que le poids des cotisations sociales alourdirait de manière spécifique le coût du travail en France, cette thèse doit être absolument récusée. La part des cotisations sociales dans la rémunération totale est certes plus élevée en France que dans les principaux européens mais cela est compensé par un salaire direct nettement inférieur. Toutes les études, même celles de l'institut patronal Rexecode montrent que ces deux mouvements se compensent et qu'au total les coûts salariaux français se situent dans la moyenne européenne.

Mais l'offensive libérale adopte aujourd'hui un angle d'attaque différent qui repose sur la notion de « coin fiscal » ou encore de « coin socio-fiscal » empruntée à l'OCDE. Elle joue un rôle central dans le récent « rapport Maarek »¹ qui la définit comme « l'écart entre le coût pour l'employeur d'une heure de travail et le pouvoir d'achat de la rémunération disponible de cette heure de travail ».

L'ampleur du « coin » aurait pour effet de faire obstacle à l'équilibre du marché du travail et serait l'une des principales causes du chômage structurel : trop de protection sociale nuirait à l'emploi.

On ne voit pas cependant pourquoi il faudrait distinguer d'un côté le « bon » salaire direct, et, de l'autre, la « mauvaise » ponction opérée par le « coin socio-fiscal ». Ce sont deux formes de salaire, l'une directe, l'autre indirecte (ou différée dans le cas des retraites). Il y a là une réalité économique solide, que confirme l'économétrie la plus sophistiquée² : à long terme, tout se passe comme si cotisations et salaire direct étaient deux formes substituables de rémunération, la hausse des cotisations étant compensée par une pression sur les salaires directs.

LES MIRACLES DE L'ASSIETTE

L'idée qu'une meilleure répartition des charges pourrait - sans modifier leur enveloppe - favoriser l'emploi, semble aller de soi. Les entreprises embauchant beaucoup paient beaucoup de cotisations sociales, celles qui emploient proportionnellement moins de travail en paient moins. Cette inégalité de traitement serait donc une sorte de prime à la mécanisation, contre l'emploi. Ce raisonnement se heurte cependant à plusieurs objections.

1. La substitution capital-travail est très peu sensible au coût relatif du capital et du travail. Taxer les machines ou la valeur ajoutée revient dans les deux cas à taxer le capital. En rendant la machine un peu plus

chère et le travail un peu moins cher, on espère freiner la mécanisation et favoriser un plus grand contenu en emplois de la production.

Il faut noter au passage que se situer dans ce cadre de raisonnement, c'est admettre que les néo-libéraux ont raison et qu'une baisse du coût du travail (absolue cette fois) serait la voie royale de la création d'emplois. Il se trouve que cette théorie n'est pas vérifiée. Tout au long des années quatre-vingt, le coût relatif du salaire, rapporté à celui du capital, est en effet resté constant et a même légèrement reculé. Mais cela ne s'est pas traduit par un quelconque ralentissement de la substitution capital-travail qui, à en croire la théorie, aurait dû pratiquement s'annuler³. Les faibles effets repérables des nombreuses mesures d'exonération prises depuis dix ans ou envisagées (SMIC-jeunes) confirment ces réserves dans les cas où il s'agit d'alléger le coût salarial de certains types particuliers d'emplois.

2. C'est contradictoire avec l'idée d'une compétitivité hors prix. Une telle mesure aurait pour effet de décourager l'investissement. On a le droit de penser que la forme même de l'investissement peut être plus ou moins favorable à l'emploi, mais on ne peut en déduire que l'on créera durablement des emplois en freinant son développement. Dans le système tel qu'il fonctionne, l'investissement reste l'un des éléments déterminants de la compétitivité.

Un changement d'assiette prenant en compte la valeur ajoutée n'échappe pas à cette objection, dans la mesure où la différence entre valeur ajoutée et salaires, c'est l'excédent brut d'exploitation, qui est au moins en

partie consacré à l'investissement. Tout cela est très bien expliqué dans un article de *CFDT-Aujourd'hui* ⁴ rédigé «à partir de l'exposé d'un expert ayant tenu à garder l'anonymat».

3. L'élargissement de l'assiette conduirait à des mouvements de prix relatifs à l'effet incertain. Tous ces raisonnements sont menés comme si aujourd'hui, à cause des modalités de prélèvement des charges sociales, les entreprises à faibles dépenses directes de salaires faisaient beaucoup plus de profit que les autres. Telle n'est pas la situation : il existe en effet une tendance - parfaitement repérable statistiquement - à l'égalisation des taux de marge. Elle se réalise à travers la formation des prix relatifs des différents secteurs, les échanges que les branches se font les unes aux autres et l'indexation du salaire au niveau général des prix. Toute modification dans la répartition du salaire indirect serait tendanciellement absorbée par des mouvements de prix relatifs, dont personne ne peut assurer qu'ils auraient un effet global positif sur l'emploi.

Admettons en effet qu'on modifie l'assiette de telle sorte que les secteurs à main d'oeuvre paient relativement moins de charges sociales, et les autres relativement plus. Est-ce que les entreprises dont les charges sociales augmenteront vont réagir en embauchant plus, en augmentant encore leur masse salariale ? Evidemment non : elles vont plutôt augmenter leurs prix et faire pression sur leurs fournisseurs à fort contenu en main d'oeuvre pour qu'elles répercutent les baisses de charges sociales dans leurs prix. Contrairement à ce qu'on dit ici ou là, le travail n'est en effet pas devenu secondaire dans l'ensemble des coûts. Dire que le salaire ne représente que 15 ou 20 % du chiffre d'affaires de certaines entreprises, cela veut simplement dire que ces entreprises achètent du travail indirectement sous forme de consom-

mations intermédiaires (énergie, matières premières, produits semi-finis, services externalisés, etc.). Et si l'on consolide le tout, ce qui est le seul moyen de raisonner, la part des salaires continue à représenter les deux tiers de la valeur ajoutée des entreprises.

4. Un reprofilage des charges conduirait à faire pression à la baisse sur l'ensemble des salaires. Une proposition souvent avancée consiste à moduler les barèmes de telle sorte que l'on paie relativement moins de charges sociales au niveau des bas salaires et un peu plus au niveau des plus hauts salaires. Il y aurait là une politique plus sociale, encourageant l'emploi de ceux qui sont le plus menacés par le chômage, à savoir les moins qualifiés. Compte tenu des productivités relatives des uns et des autres, cela conduirait à un volume d'emploi supérieur.

Ce scénario soulève les mêmes objections : l'effet sur la structure des emplois serait faible, parce que la tendance générale à l'augmentation de la part des qualifiés tient plus à la transformation des processus de travail qu'au coût relatif des différents types d'emplois. Une telle mesure risquerait par ailleurs d'être défavorable à la compétitivité.

Enfin, sa neutralité est impossible à garantir. Si le coût d'un smicard baisse par rapport à celui d'un technicien, le patronat en tirera argument pour tirer vers le bas l'ensemble de l'échelle des salaires, sous prétexte d'un renchérissement relatif des salaires moyens et élevés. La mesure risque fort de constituer au plan global un levier visant à baisser la masse salariale globale, sous prétexte de mieux la répartir.

On dispose par ailleurs de multiples variantes (car l'idée est périodiquement évoquée depuis le début des années quatre-vingt) qui permettent de vérifier qu'aucune des mesures visant à moduler le coût salarial ne

conduit à de fortes créations nettes d'emplois. Comme, par ailleurs, la baisse absolue du salaire n'est pas non plus un moyen de créer des emplois, on débouche alors sur cette conclusion : on ne peut attendre des projets visant à modifier l'assiette des charges sociales un effet global significatif sur l'emploi. Comme le disent aussi bien Maarek que de Foucauld, «il n'y a pas d'assiette miracle».

LA PROIE POUR L'OMBRE

Il s'agit maintenant d'examiner, en laissant de côté la question de l'effet sur l'emploi, dans quelle mesure les projets qui se présentent comme neutres le sont réellement. La question se pose d'autant plus que l'on se trouve confronté à une sorte de quadrature du cercle : on propose de baisser les charges sociales des entreprises, sans réduire le niveau global de la protection sociale. Si l'on se rappelle que cette protection sociale est un élément du salaire, cela revient pratiquement à dire qu'on entend baisser les salaires pour les entreprises mais pas pour les salariés.

Dans la plupart des cas, les projets ne prétendent pas vraiment à la neutralité et il s'agit d'un pur **effet d'optique**. Il y a d'un côté des allègements nets pour les entreprises, et un financement sous forme de TVA ou de CSG, qui porte donc sur les ménages. Le bilan est relativement simple à établir. Pour simplifier, les entreprises gagnent 100, les salariés paient 80 sous forme d'impôts supplémentaires, et les autres revenus sont mis à contribution pour les 20 restants. Cela revient donc à une baisse globale des salaires, certes en partie compensée par la mise à contribution des revenus non salariaux, mais c'est une baisse des salaires tout de même.

Le procédé du **tiers agent** consiste à transférer une partie de la charge vers d'autres agents sociaux, qui ne sont ni les salariés, ni les entreprises,

ce qui conduit à compliquer le schéma. Un exemple parfait et limpide de tiers agent est fourni par le rapport Maarek⁵ qui propose de baisser de 18 % à 11 % le taux des cotisations maladies et de les remplacer par une contribution-santé, sorte de super-CSG à 11 %. Il n'y a pas de hausse globale des cotisations, les salaires directs sont maintenus, et les charges des entreprises baissent. Comment ce résultat est-il obtenu ? D'abord par une mise à contribution plus importante des entreprises individuelles et des revenus du capital (intérêts, dividendes, etc.). Mais le rapport s'empresse d'insister lourdement sur les «risques d'une délocalisation de l'épargne vers des paradis fiscaux plus accueillants» et adresse un clin d'oeil pas très discret pour rassurer les rentiers, en parlant «d'allègement, pour les produits d'épargne les plus taxés actuellement, du prélèvement fiscal».

L'important est ailleurs : au bout du compte, ce sont les retraités qui financent à hauteur de 60 % l'allègement qui bénéficie aux entreprises. Le tiers agent principal, ce sont ici les salariés à la retraite, et l'apparente neutralité recouvre une baisse du salaire différé. Il n'y a donc pas de miracle.

FISCALISATION, PIEGE A COINS

Les arguments avancés en faveur d'une fiscalisation sont raisonnables : cela ne concerne pas les salariés, c'est une politique plus globale de solidarité, etc. D'où l'idée de fiscaliser les charges sociales correspondantes. Mais quel est l'intérêt, si l'on ne croit pas aux effets d'assiette sur l'emploi ? Si c'est vraiment neutre, les entreprises paieront moins de charges sociales et plus de salaire direct. On retrouve d'ailleurs ce dispositif dans ce que l'on a appelé en son temps la «note Ballardur» qui prévoyait une hausse de salaire direct, que les sala-

riés seraient libres d'affecter à un plan d'épargne-retraite⁶.

C'est donc avec la plus grande méfiance qu'il faut examiner les projets de fiscalisation. Il s'agit de salaire, ce qui exige de conserver un mode de gestion spécifique. La budgétisation reviendrait de ce point de vue à soumettre la gestion de la protection sociale à des critères qui lui sont étrangers, et à la mettre en concurrence avec d'autres fonctions de l'Etat. Il n'est pas sans intérêt de noter que le rapport Maarek, pourtant ultra-libéral, reconnaît cette idée, sans doute par inadvertance : il ne faut pas «immerger la protection sociale dans le budget de l'Etat» parce qu'elle «s'accommoderait mal du principe d'unicité des comptes publics et des méthodes de gestion de l'administration».

Tout ce qui précède conduit cependant à insister sur un autre type d'argument. Dans la logique du coin fiscal, ce type d'opération n'a d'intérêt que si elle n'est pas neutre, autrement dit si la hausse du salaire direct ne compense pas l'avantage d'une baisse des charges. Le fond de l'affaire c'est que, dans le rapport de forces actuel, toute fiscalisation serait en réalité un moyen de réduire globalement les salaires, en comptant sur la perte en ligne qui ne manquerait pas de se produire. On peut imaginer sur le papier des modes de financement parfaitement neutres, mais rien ne garantit cette neutralité dans la pratique. Au niveau des entreprises, qui peut assurer que la baisse de charges sociales sera répercutée sur les salaires directs ? Il faudrait instituer des procédures de contrôle qui supposeraient un droit de regard des autorités publiques incompatibles avec l'esprit libéral du temps. Au niveau du budget, l'occasion serait alors offerte de redistribuer les cartes dans un sens anti-social. Par quel miracle une fiscalité qui évolue, depuis au moins dix ans, dans un sens toujours plus inégalitaire se métamorphoserait brusquement, à froid, en un instrument de redistribution des revenus ? Refuser le principe de la fiscalisation,

c'est aujourd'hui refuser de lâcher la proie pour l'ombre.

L'objectif réel des projets de réforme du financement de la protection sociale est d'opérer un transfert vers le profit des entreprises. Et aucun changement d'assiette ne garantit des créations d'emplois telles que l'on puisse prendre le risque d'un recul global de la protection sociale. Le seul aménagement socialement acceptable du financement consiste alors à privilégier l'extension de l'assiette plutôt que la hausse des taux. Les salariés ont payé plus que leur part au cours des dernières années, et les retraités ne doivent pas être victimes d'un hold up revenant sur le contrat moral de la société à leur égard. S'il faut envisager une contribution supplémentaire, celle-ci doit donc être assise sur les revenus non salariaux, les grands gagnants de la dernière décennie. Il faut donc refuser toute substitution incertaine d'une source de financement à une autre, et n'accepter que l'ajout de prélèvements nouveaux par extension de l'assiette. Cela revient en fin de compte à une position simple de défense de tous les éléments constitutif du salaire contre les offensives, qu'elles soient directes ou contournées

Michel HUSSON.
(économiste)

1 *Coût du travail et emploi : une nouvelle donne*, La Documentation Française, 1994.

2 Jean-Philippe Cotis et Abderrahim Loufir, «Formation des salaires, chômage d'équilibre et incidence des cotisations sur le coût du travail», *Economie et prévision* n°92-93, 1990.

3 Pierre-Alain Muet, *Le chômage persistant en Europe*, OFCE, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1994.

4 Jacques Bass, «Valeur ajoutée et impôt machine : avantages et limites pour l'emploi», *CFDT-Aujourd'hui* n°111, décembre 1993.

5 ouvrage cité, encadré 1, p.151.

6 Edmond Alphandéry, Edouard Ballardur, Jean-Yves Chamard, etc. «Pour une hausse du salaire direct», *Droit social*, février 1992.

Maîtriser les dépenses de santé ou rationner la socialisation des dépenses.

Vérifier que les dépenses de santé soient efficaces, qu'elles permettent de soigner au mieux sans gaspillages, qui de nous refuserait d'y souscrire ? Car chacun peut légitimement s'interroger sur la destination réelle de l'argent de la Sécurité sociale, c'est-à-dire de notre salaire différé. Ne va-t-il pas subrepticement engraisser quelques trusts pharmaceutiques ou soutenir le prestige de tel ou tel praticien ? C'était l'un des thèmes des radicaux des années soixante dix, qui, encore une fois, garde toute sa pertinence. Reste à savoir si c'est bien de cela dont on nous parle aujourd'hui.

Le discours dominant est catastrophiste. Tout va mal, les dépenses de santé progressent, ce qui est vrai dans tous les pays développés, à une allure folle, ce qui se discute. Depuis des années les dépenses de santé progressent plus vite que le PIB. Vrai encore. Mais où est la difficulté ? Aurait-on droit au même ton alarmiste si, par exemple, les dépenses d'armement ou d'automobile montaient plus vite que le PIB ? Poser la question, c'est y répondre. C'est oublier enfin que les dépenses de santé ne s'envolent pas en fumée, ce sont des recettes quelque part, salaires et rémunérations des personnels médicaux et paramédicaux, profits des industries pharmaceutiques, etc...

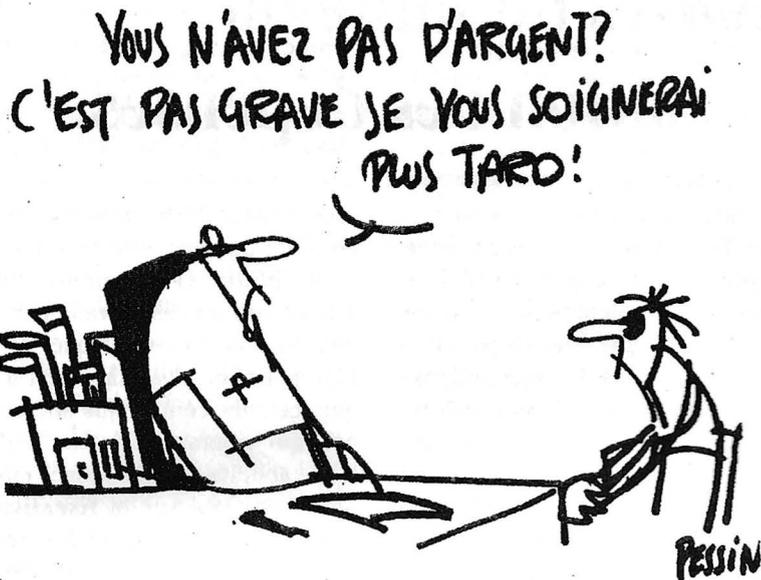
Comme le souligne un économiste¹ : « Il faut contrôler à tout prix les dépenses de santé. Les raisons de ce revirement [par rapport aux Trentes glorieuses] ne sont pas à chercher du côté de la croissance des dépenses de santé en soi (après tout pourquoi ne croîtraient-elles pas si elles traduisent véritablement une amélioration du bien être de la population ?) mais bel et bien du côté des conceptions libérales dominantes en macro-économie ». Et de rappeler la conclusion d'un article de A. Euzéby dans *Le Monde* (février 1994) : « on pourrait aussi, en s'inspirant des exemples étrangers, aller jusqu'à faire disparaître les charges sociales ».

C'est la revendication explicite du CNPF en ce qui concerne les Allocations familiales (que M. Leenhardt, rapporteur du dernier pavé du patronat en la matière soit devenu le responsable des questions sociales au sein de cette organisation devrait inquiéter le mouvement syndical). Mais personne ne fait cette proposition pour l'Assurance maladie, non par philanthropie ou socialisme sour-

nois, mais tout simplement parce que ce n'est pas possible ni sur le plan économique (l'augmentation des impôts qui en résulteraient seraient pour le coup catastrophique) ni sur le plan politique et social, c'est tout ce qui reste du compromis social français qui volerait en éclats. Il y a un lien explicite et fonctionnel entre ce débat et celui sur la fiscalisation, c'est-à-dire sur le transfert des charges des employeurs vers les ménages.

A défaut de cette mesure radicale impossible évoquée plus haut, la politique dominante, entamée largement sous les gouvernements de gauche, est de peser à la fois sur la demande, en laissant une part de plus en plus grande à la charge des individus (augmentation du ticket modérateur, forfait hospitalier, remboursement insignifiant, si on peut appeler cela comme ça, des dépenses d'optique ou de dentiste, etc...) et sur l'offre, en cadrant de plus en plus sérieusement l'activité des praticiens en les incitant à ne pas dépasser un certain volume de prescriptions et en leur demandant des comptes, sous peine de sanctions, des actes prescrits dépassant leur volume prévu. La contre-partie étant de leur assurer à cette condition une évolution négociée de leurs émoluments.

Nous ne devons donc pas oublier, me semble-t-il, que la question de l'efficacité des dépenses de santé, le débat sur la rationalisation des dépenses de santé est d'abord engagé à cette aune d'une réduction de la dépense socialisée et secondairement, très secondairement, en fonction d'une saine gestion des deniers des salariés. Que ce calcul rencontre par ailleurs une réflexion des Pouvoirs publics sur la santé publique à promouvoir plus globalement n'est pas



nable. Ce n'est pas une raison pour confondre les deux préoccupations. Encore que l'affaire du sang contaminé montre à l'envi que même ce noble objectif n'est pas décontaminé de préoccupations financières plus terre à terre n'ayant pas grand chose à voir avec ce que l'on pourrait entendre par une politique de Santé publique. Raison de plus pour le mouvement syndical et plus globalement tout le mouvement social de s'interroger sur les motivations des politiques menées et d'élaborer ses propres critères, ses propres règles à opposer au libéralisme en matière sanitaire.

Pour aider à entamer ce débat, il est nécessaire d'essayer d'analyser les ressorts et les contraintes qui pèsent sur les dépenses de santé, en dehors des préoccupations libérales, cela va sans dire.

Regardons d'abord les structures des dépenses. En 1993, les soins hospitaliers publics représentaient 35.6 % des dépenses, les soins hospitaliers privés 11.1 %, les soins médicaux 13.2 %, les médicaments 18 %, les dentistes 6.4 %, les cures thermales environ 1%, la lunetterie moins de 1 %. Dans le même temps, on constate une augmentation de la participation des ménages au frais ainsi que celle des Mutuelles, mais qui paie les mutuelles pour l'essentiel sinon les

ménages ? au détriment de la sécurité sociale. Le rapport ne peut s'empêcher de faire le lien entre cette structure de dépenses et l'évolution de la structure de financement.

Côté hospitalier, le freinage de l'augmentation est réel. L'arsenal mis en place depuis de longues années est efficace mais à quel prix pour les personnels et pour la population ? Si la diminution de la durée des séjours peut quelque fois être une bonne chose, est-ce toujours vrai ? L'idée de fermer des hôpitaux locaux de proximité est-ce une une bonne chose pour la santé publique. On rétorque souvent qu'avec la voiture ce n'est plus un problème d'aller voir un enfant ou un parent malade au chef-lieu du département. Oui, enfin ça dépend pour qui. D'autre part ne serait-il pas utile d'avoir un équipement de premier soin et d'aiguillage de proximité ? Le débat mérite d'être ouvert. Par ailleurs, la charge de personnel représente environ 65% des frais hospitaliers. Pense-t-on sérieusement qu'il y a suffisamment de personnel et qu'il soit trop payé ? A entendre les intéressés, cela ne semble pas être le cas.

D'autre part l'évolution des dépenses est variable selon leur objet. Ainsi entre 1980 et 1992, les soins hospitaliers ont été multipliés par 1.4

tandis que les dépenses de médicaments ont été multipliées par 2,5 et celles des soins ambulatoires (médecins, dentistes, analyses) par 2,2. La reconnaissance d'un secteur à honoraires à dépassement et à honoraires libres n'est sûrement pas étranger à l'augmentation des ces dernières. En fait nous souffrons d'une contradiction entre d'une part un système de financement de la santé qui est encore socialisé aux trois quarts et une «production» de soins d'autre part qui est privée et vit sous la loi du libéralisme : industrie pharmaceutique, ingénierie médicale, laboratoires d'analyses, paiement à l'acte des médecins de ville, pharmacies d'officine etc... La question centrale est de savoir laquelle des deux logiques on veut privilégier: logique libérale ou logique de socialisation. Il est évident que le patronat et les gouvernement veulent augmenter la part de la logique libérale pour ne laisser à «la solidarité nationale» que la part congrue pour le minimum nécessaire. Développer la logique de socialisation, c'est mettre fin à la prolifération des honoraires libres, à une rémunération des médecins de ville non plus à l'acte mais à la fonction. Il n'est évidemment pas question de les payer au-dessous de ce que leur qualification vaut sur le marché du travail. Et de faire du secteur pharmaceutique et de l'ingénierie médicale un vrai secteur public dont les choix de recherche et de production soient examinés au vu de ce qu'on peut attendre de l'amélioration de la santé et pas seulement au vu des profits à venir.

Le gouvernement a d'ailleurs bien vu la difficulté de ce côté-là. On rediscute enfin de la possibilité de développer la production de médicaments génériques. Ce sont des médicaments dont l'ancienneté des brevets permet une fabrication à un faible coût. Celle-ci était de fait abandonnée ou réduite au profit de produits similaires quant aux résultats mais dont la marge de profit est plus grande. De même le gouvernement veut surveiller de plus près les médicaments

innovants. Bravo, pourrait-on dire. Encore qu'il ne soit pas inutile d'y regarder en détail. Les Echos (26/1/1994) nous invite, une fois n'est pas coutume, à la vigilance : «le texte est rédigé de façon très habile, note un grand patron du secteur. Chacun peut y trouver une raison d'espérer : le gouvernement peut croire qu'il va enfin pouvoir maîtriser les dépenses, les laboratoires qu'ils vont enfin pouvoir augmenter leurs prix, les groupes étrangers qu'ils vont obtenir en France des prix aussi élevés que dans les autres pays d'Europe». C'est dire si la question du contrôle de cette industrie, et de ses dépenses de publicité, est au centre du débat. Contrôle non seulement par des spécialistes mais également par des représentants de la population. Il ne faut pas négliger d'autres facteurs de croissance des dépenses de santé : le progrès des techniques médicales, les conditions de vie et de travail qui se détériorent et qui à défaut de trouver une solution sociale et économique trouve une solution provisoire dans leur médicalisation, le vieillissement de la population.

Nous dirons pour les progrès techniques la même chose qu'à propos de l'innovation pharmaceutique. Il s'agit d'évaluer si ces nouvelles techniques font progresser la santé de la population ou diminuent douleurs et chocs liés aux soins. On sait que ces techniques reviennent chers surtout au départ.

Les conditions de vie et de travail pèsent sur la santé. Le mouvement syndical s'est souvent penché sur ce problème. On sait depuis longtemps que les horaires décalés entraînent des troubles nerveux, gastriques et digestifs et une surconsommation médicale en lien avec cette pathologie par rapport aux non postés. D'autre part les effets de ces conditions de travail sont aussi des effets différés. Ceux qui ont été soumis à ces horaires souffrent d'une dégradation plus rapide de leur état de santé avec l'âge. On sait également, ce fut l'un des mérites de mou-

vements comme ATD-Quart Monde de le montrer, qu'il y a un taux de morbidité plus fort chez les chômeurs que chez ceux qui ont un emploi. Cela est d'autant plus vrai que le chômage est de longue durée. Des études estiment que les populations défavorisées (manque d'emploi, problèmes de logement, inégalité de niveau culturel...) ont un taux de malades de 30% alors qu'il n'est que de 12% chez les autres. Cette inégalité sociale face à la maladie est renforcée par l'inégalité de l'accès aux soins. C'est chez les ouvriers que l'on a le plus recours à l'hospitalisation alors que les cadres et les professions libérales ont plus recours aux médecins de ville et aux spécialistes. Or toute affection non soignée à temps risque effectivement de coûter plus cher à soigner ensuite. C'est tout le problème de la médecine préventive dans notre pays. Bien sûr on voit le rapport avec les luttes syndicales classiques nécessaires sur l'emploi, les conditions de travail, le logement mais aussi sur l'environnement et ses nuisances, sources de stress divers. Mais en l'attente de la construction du rapport de force nécessaire, il semble peu défendable de ne pas soigner les conséquences de cet environnement.

Le vieillissement de la population est une donnée brute. L'augmentation de cette partie de la population augmente de façon mécanique les frais de santé qui la concerne. Des experts pensent qu'à l'heure actuelle, c'est cet aspect nombre qui fait l'essentiel du surcoût. Mais il n'est pas niable qu'une partie des dépenses proviennent de pathologies plus lourdes qui surviennent avec l'âge. Et que cette donne ira en augmentant. Une grave question d'éthique et de société se pose alors. Et pas seulement pour les personnes âgées. Un article du Monde (30 décembre 1994) pose la question à des médecins responsables d'un centre chirurgical à but non lucratif de la région parisienne. L'un d'eux exprime bien le dilemme : «Après mûre réflexion, nous avons décidé de

ne plus accueillir systématiquement ces malades, sachant qu'ils pourront être soigné ailleurs». Mais quid si cet ailleurs procède de même ? Et le journaliste de conclure qu'il y a un risque devant l'évaluation économique des pathologies à «encourager la sélection des pathologies et donc des malades, au mépris des objectifs de solidarité».

C'est bien là toute la question qui nous est posée. Derrière des solutions techniques, des comptes financiers qui se voudraient contraints de façon intangibles, c'est bien d'un choix de société qu'il s'agit. Il y a fort à craindre que ceux qui nous organisent le «débat» aujourd'hui nous occultent cette dimension fondamentale. Je ne peux que souscrire aux conclusions de l'économiste déjà cité quand il écrit : «enfin le lecteur aura compris que la logique de rationalisation trouve une limite naturelle lorsqu'elle engendre des inégalité sociales de santé ou qu'elle les amplifie à un moment où la crise sociale fragilise des groupes sociaux entiers». Oui des groupes sociaux entiers mais pas les propriétaires de patrimoines non salariaux si on suit les conclusions du dernier rapport du défunt CERC. Oui, il faut discuter des dépenses de santé. Mais, il y a urgence que le mouvement social définisse ses objectifs et ses critères.

Daniel DESMÉ,
chercheur en sciences sociales.

1 anti-Hardouin Nicolas. *Economie de la santé*. Colin. Collection U économie. Paris. 1994.

La gestion de la sécurité sociale : démocratie sociale ou contrôle étatique ?

Avec les lois sur les assurances sociales de 1928 et 1930 puis les ordonnances de 1945 (et la loi de 1946) l'Etat-Providence français a pris la forme d'un système de protection sociale géré directement par les représentants des financeurs du système: à savoir les syndicats de salariés et les organisations patronales. Par là le système français se distingue à la fois des systèmes libéraux (gérés par les entreprises et les assureurs privées) et des systèmes étatisés sur le modèle beveridgien (l'Etat gère directement le système dont les ressources sont fiscalisées).

La gestion de la sécurité sociale par les «partenaires sociaux» au sein d'organismes de droit privé (les caisses) peut apparaître a priori surprenant dans le cas de la France, où l'Etat est traditionnellement «fort», ce qui s'est traduit notamment sur le long terme (du colbertisme aux nationalisations de 1981) par une importante intervention économique. Le refus d'une gestion directe de la protection sociale par l'Etat est lié aux conditions historiques de la mise en place du système, durant les années 1920 et en 1945. Trois éléments sont tout particulièrement à souligner:

-l'importance de l'héritage mutualiste, c'est-à-dire l'existence d'une tradition gestionnaire au sein du syndicalisme français (1);

-l'impact du modèle bismarckien d'assurances-sociales sur les réformateurs sociaux en France: la stratégie d'importation du modèle a été particulièrement forte au cours des années 1920;

-le contexte spécifique de la Libération: rôle des syndicats dans la

résistance, gouvernements nettement orienté à gauche, refus de l'étatisme incarné par le régime de Vichy...

Les décrets de 1945 ont pour but d'instaurer une démocratie sociale, remise en cause par les ordonnances de 1967, et partiellement rétablie par la loi de 1982 (I). Mais dès l'origine le contrôle de l'Etat sur le système est important et s'est plutôt renforcé avec les problèmes croissants de financement (II). Cette mise en perspective historique permet d'éclairer les débats actuels sur les modalités de gestion de système, en particulier pour l'assurance-maladie (III).

LA DÉMOCRATIE SOCIALE IMPARFAITE

Les ordonnances de 1945 et la loi de 1946 mettent en place un système qui se caractérise par deux éléments:

-la primauté du principe électif: les caisses de sécurité sociale ont à leur tête des administrateurs élus (2).

-la prépondérance des représentants des salariés par rapport à ceux des employeurs. Les caisses primaires de sécurité sociale (qui ont en charge l'assurance-maladie et l'assurance vieillesse) sont administrées par des conseils comprenant 75% d'élus par les assurés et 25% d'élus par les employeurs. Cette proportion trois-quarts-un quart se retrouvait pour les caisses régionales où les administrateurs étaient élus par les représentants des caisses primaires. La prépondérance des syndicats ouvriers était moindre dans les caisses d'allocations familiales (départementales): 50% de représentants des salariés, 25% de représentants patronaux et 25% de représentants des indépendants (c'est-à-dire des non-salariés non-agricoles intégrés au régime général pour cette assurance, à la différence de la santé et de la vieillesse).

Ces deux aspects forment les piliers de la «démocratie sociale»

telle qu'elle est définie à l'époque. Le principe électif répond à l'exigence de contrôle des gestionnaires par les financeurs du système et à celle de la responsabilité de ces représentants devant les assurés (3). Quant à la prépondérance des syndicats ouvriers elle est justifiée par la conception de la protection sociale comme d'un salaire différée: les cotisations salariales et patronales sont prélevées sur la valeur du travail, elles correspondent donc à une fraction de sa rémunération.

Les deux principes dominants de 1945/6 sont remis en cause par les ordonnances d'août 1967 (4): d'une part l'élection des représentants est supprimée (5); d'autre part la prépondérance des syndicats ouvriers est remplacée par le paritarisme.

Il faut ajouter que le régime général est alors fragmenté en trois branches:

-Une branche santé regroupant les assurances maladie, maternité, invalidité, décès et accidents du travail-maladies professionnelles. Elle est gérée par des caisses d'assurance-maladie au niveau départemental (caisses primaires), régional (caisses régionales) et national (Caisse Nationale d'Assurance-Maladie des Travailleurs Salariés).

-Une branche vieillesse regroupant l'assurance vieillesse et l'assurance veuvage (à partir de 1980) et gérée par une caisse unique: la Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des Travailleurs Salariés.

-Une branche famille prenant en charge les prestations familiales, gérée par des caisses locales d'allocations familiales et une Caisse Nationale d'Allocations Familiales.

Les administrateurs ne sont plus élus mais désignés par les organisations les plus représentatives dans des proportions fixées par l'Etat. Le principe du paritarisme, déjà mis en oeuvre pour les assurances complémentaires, prévaut désormais. Ainsi les conseils des caisses d'assurance-maladie et la CNAV comprennent 9 représentants

des assurés (3 désignés par la CGT, 2 par la CFDT, 2 par la CGT-FO, 1 par la CGC, 1 par la CFTC) et 9 du patronat, tous désignés par le CNPF. Les conseils des caisses d'allocations familiales avaient elles 20 représentants: 9 désignés par les syndicats de salariés (dans les mêmes proportions que les autres caisses); 6 désignés par le CNPF, 3 par les organisations représentants les non salariés non agricoles et 2 représentants de l'Union Nationale des Associations Familiales. Cette représentation est la même pour les Unions de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale-Allocations Familiales.

Cet abandon des principes de représentation de 1945/6 est vivement contestée par les syndicats (en particulier la CGT et la CFDT), opposition relayée par les partis de gauche. Le retour à la «démocratie sociale» de 1945 figure dans le programme commun de 1972 et dans les 101 propositions du candidat Mitterrand en 1981. Il est opérée à travers la loi du 17 décembre 1982. En effet d'une part elle rétablit le principe de l'élection des représentants des salariés; d'autre part elle redonne la prépondérance à ces représentants.

Les conseils d'administration des caisses d'assurance-maladie ont désormais (aux trois niveaux) 25 membres:

- 15 représentants des assurés sociaux (élus pour les caisses primaires, désignés pour les caisses régionales et la CNAMTS)

- 6 représentants des employeurs désignés par le CNPF.

- 2 personnes qualifiées désignées par le ministre, l'une parmi les syndicats de salariés, l'autre parmi les employeurs;

- 2 représentants désignés par la Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Le conseil d'administration de la CNAVTS comprend également 25 membres, la seule différence avec la CNAMTS étant la présence de 2 représentants des retraités (proposés par les associations nationales de retraités et choisis par les 23 autres membres du conseil) à la place des 2 représentants de la mutualité.

Les conseils d'administration des caisses locales et la Caisse Nationale

d'Allocations Familiales comprennent 28 membres:

- 15 représentants des assurés sociaux (élus au niveau local, désignés au niveau national)

- 3 représentants des travailleurs indépendants (élus au niveau local, désignés au niveau national);

- 6 représentants des employeurs désignés par les organisations représentatives;

- 3 représentants des associations familiales désignés par les unions d'associations familiales;

- 1 personne qualifiée désignée par le ministre.

Toutefois ce retour à la démocratie sociale de 1945 apparaît limité à trois points de vue. Le premier est celui du principe électif. Notons d'abord que celui-ci est limité aux représentants des salariés. Ensuite seules les organisations reconnues comme représentatives sur le plan national (à savoir la CGT, CGT-FO, la CFDT, la CFTC et la CGC) peuvent présenter des candidats. Enfin le mandat des administrateurs élus en 1983 (6) a été plusieurs fois prolongé de telle sorte que l'on peut s'interroger sur la réalité de la responsabilité d'élus depuis maintenant 12 ans sans que l'on soit certain aujourd'hui de la date de tenue du prochain scrutin.

La deuxième limite concerne la prépondérance des représentants des salariés. Le paritarisme reste en effet en vigueur pour les régimes complémentaires et pour l'Union Nationale interprofessionnelle pour l'Emploi Dans l'Industrie et le Commerce. En effet la loi de 1984 prévoit que l'UNEDIC est administrée par un conseil paritaire comprenant 5 représentants des salariés (un par organisation représentative) et 5 représentants des employeurs. De plus il faut ajouter que le CNPF joue toujours un rôle central notamment pour la CNAMTS puisque allié à FO il forme la principale composante de la majorité de son conseil d'administration (7).

La troisième limite concerne la présence de l'Etat. En effet l'Etat désigne des représentants qualifiés qui peuvent jouer un rôle décisif. A travers cet aspect nous sommes renvoyés à une limite originelle de la démocratie sociale: la tutelle de l'Etat.

PERMANENCE ET ÉVOLUTION DE LA TUTELLE ÉTATIQUE

La tutelle étatique sur la gestion de la sécurité est sensible dès les textes de 1945: toutes les décisions des conseils d'administration des différentes caisses peuvent être suspendues par l'Etat si elles lui paraissent contraires à la loi ou de nature à compromettre l'équilibre financier des caisses. Les ordonnances de 1967 renforcent le poids des structures nationales par rapport aux caisses primaires et locales sans que pour autant la tutelle soit atténuée: le contrôle a priori est maintenu; de plus des commissaires du gouvernement sont désormais dans les conseils d'administration des caisses nationales. De même la loi de 1982 ne remet pas en cause la tutelle et renforce même la présence de l'Etat au niveau national.

Cette tutelle s'exerce au niveau central par l'intermédiaire du ministre chargé de la sécurité sociale (direction de la sécurité sociale) et de celui des Finances (depuis 1960). Au niveau régional elles est exercée par les DRASS, au niveau départemental par les DDASS. Il faut y ajouter l'Inspection Générale des Affaires Sociales (50 inspecteurs généraux) qui procèdent à toutes les vérifications du fonctionnement des organismes de sécurité sociale.

Cette tutelle prend des formes diverses. On peut d'abord souligner qu'elle revêt la forme d'un contrôle a priori des actes des caisses. Ainsi les décisions des conseils d'administration des caisses nationales et de l'agence centrale de recouvrement-ACOSS- (8) ne deviennent exécutoires uniquement s'il n'y a pas d'opposition d'un des deux ministres.

Le contrôle financier est également important. Les différents organismes de gestion sont soumis au contrôle permanent des comptables publics du Trésor, de la Cour des Comptes ainsi qu'à la vérification de l'Inspection des Finances. Au niveau régional les directeurs des DRASS peuvent intervenir contre une caisse prenant une mesure de nature à compromettre l'équilibre financier des risques.

On peut ensuite souligner la repré-

sensation de l'Etat dans les organismes de sécurité sociale, en particulier la présence de commissaires du gouvernement et d'un contrôleur d'Etat dans les conseils d'administration des caisses nationales.

Les pouvoirs de nomination de l'Etat sont également importants. en particulier les directeurs des caisses nationales et de l'ACOSS sont nommé par décret sur rapport du ministre chargé de la sécurité sociale. De même l'agent comptable de ces organismes est nommé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre de l'économie et des finances. On peut y ajouter depuis 1982 la nomination de deux personnes qualifiées dans les conseils d'administration des caisses nationales.

Enfin il faut souligner qu'échappe aux organismes de gestion de la sécurité sociale une compétence fondamentale: celle de la fixation des cotisations. Les principes du partage des cotisations sont fixés par le législateur tandis que les taux sont déterminés par l'exécutif, par décret. Il s'agit là d'une différence fondamentale avec les caisses d'assurance sociale allemandes. C'est aussi le ministre chargé de la sécurité sociale qui arrête les conditions auxquelles sont dotées les caisses primaires ou locales par les caisses nationales.

LE DÉBAT ACTUEL, UNE CLARIFICATION ILLUSOIRE?

Le débat actuel porte moins sur la démocratie sociale que sur la clarification des rapports entre l'Etat et les partenaires sociaux dans le contexte des problèmes croissants de financement (9). Cette question est en particulier posée pour l'assurance-maladie en rapport avec l'enjeu saillant pour la jugulation du déficit de la sécurité sociale de la maîtrise des dépenses de santé.

Le Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie (en général désigné sous le nom de rapport Soubie) rendu public en novembre 1994 pose clairement les termes du débat en proposant une claire répartition des compétences entre l'Etat et les

partenaires sociaux. Il part du constat que les structures institutionnelles sont un obstacle à la régulation efficiente de l'assurance-maladie: «l'éclatement des responsabilités et des compétences est un frein à la définition et à l'application d'une politique cohérente de santé. Elle rend plus complexe la maîtrise des dépenses» (p184). Le rapport prône d'abord une redéfinition des responsabilités de l'Etat autour de quatre questions (p199): la définition des objectifs de santé publique, la fixation des objectifs financiers, la garantie de la qualité des soins et la garantie de l'égal accès à ces soins. Il prône aussi une clarification des responsabilités des caisses auxquelles serait confiés «la gestion dans le cadre de la politique définie sous la responsabilité de l'Etat» (p200) sur la base de trois domaines de compétence: consacrer les moyens nécessaires à la poursuite des objectifs, mettre en place des mécanismes de régulation économiques et assurer la prise en charge des soins.

Mais au delà d'une clarification juridique cette option apparaît en partie illusoire dans la mesure où de fait l'Etat assume déjà directement ces responsabilités. Ainsi son rôle initiateur en matière de maîtrise des dépenses est net. C'est sous l'impulsion du ministre de Claude Evin qu'ont été mises en place des enveloppes globales pour les biologistes, les infirmières libérales et les cliniques privées. C'est aussi à l'initiative des ministres successifs chargés de la sécurité sociale que s'est mise en place une régulation médicalisée dont les modalités sont précisées dans les conventions médicales de 1990 et de 1993 (10).

La clarification institutionnelle n'apparaît pas comme la voie la plus opératoire pour s'attaquer aux problèmes de financement de la sécurité sociale sans remettre en cause les fondements de la solidarité. Et la mise en cause de la responsabilité des partenaires sociaux est plus une facilité politique qu'une solution réelle puisque la sécurité sociale est un système où dans les faits l'Etat est depuis longtemps l'acteur central.

Patrick HASSENTEUFEL
(Université de Picardie Jules Verne).

Bibliographie sommaire:

A. Catrice-Lorey Dynamique interne de la sécurité sociale. CRESST, 1980.

J-J Dupeyroux Droit de la Sécurité Sociale, Dalloz, 1993 (dernière édition).

F. Lépinay Sécu:faillite sur ordonnance, Calmann-Lévy, 1991.

1 La loi de 1930 précisait que les caisses d'assurances sociales étaient constituées et administrées conformément aux prescriptions de la loi de 1898 sur les sociétés de secours mutuel.

2 Le principe électif figurait dans la loi de 1930 mais les élections des administrateurs ne furent pas organisées. Alors que l'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoyait la désignation des administrateurs par les syndicats, la loi du 30 octobre 1946 instaurait l'élection.

3 Les élections ont lieu en 1947, 1950, 1955 et 1962. Les résultats sont relativement stables: 45% des suffrages exprimés pour la CGT, 20% pour la CFDT, 15% pour FO.

4 Elles sont très proches des principales du rapport Piketty rendu public par le CNPF en 1965.

5 Alors que le principe électif prévaut pour la plupart des régimes autres que le régime général: régime agricole, régime des non salariés non agricoles, régime des mineurs...

6 Résultat des élections:

7 Il en va de même pour un nombre important de caisses primaires.

8 Les trois caisses et l'ACOSS ont un statut d'administration publique à caractère administratif; à la différence des autres organismes à statut privé.

9 On peut souligner ici une forte analogie avec la justification de l'ordonnance d'août 1967. La «loi Veil» de juillet 1994 s'inscrit clairement dans cette perspective: elle pose le principe de la séparation et de l'autonomie financière des quatre risques et instaure le paritarisme au sein de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

10 L'Etat intervient à toutes les étapes de la négociation conventionnelle entre la CNAMTS et les syndicats médicaux par des instructions, par l'intermédiaire du directeur et par le fait que la convention (et les augmentations tarifaires) doit avoir l'aval du ministre pour entrer en vigueur.