

**DE LA GLOBALISATION ... AUX D.R.G.**

J.P ESCAFFRE

Université de Rennes 1

France

[jescaffre@irisa.fr](mailto:jescaffre@irisa.fr)**Résumé**

Cet article tente d'analyser les profondes transformations sociales, dont celles des protections sociales en Europe, sous l'effet de la montée en puissance de la globalisation sous contrôle états-unienne, suite à l'effondrement du bloc de l'Est. La montée historique des couches moyennes dans les pays européens limitrophes des pays de l'Est, afin de contrer les politiques sociales de ces derniers, a été à l'origine de l'expansion économique, sociale, scientifique et technologique de l'Europe de l'Ouest. Le financement des protections sociales, dont la santé, repose en effet essentiellement sur elles. Le bloc de l'Est détruit, le maintien des couches moyennes devient inutile, et elles sont paupérisées, créant ainsi les déficits chroniques des sécurités sociales en Europe. Ceci se réalise dans le contexte de la dominance états-unienne qui, pour se maintenir, a besoin de pomper l'épargne mondiale, dont celle encore fixée dans les régimes de sécurité sociale européens. L'acceptation politique de la paupérisation s'est faite par une puissante offensive idéologique en Europe, en particulier par l'intermédiaire de « la nouvelle gouvernance », dont les caractéristiques sont contraires aux valeurs essentielles des Européens.

*Mots clés : mondialisation – globalisation - financement santé - DRG*

**Resumen**

Este artículo intenta analizar las profundas transformaciones sociales, entre ellas las protecciones sociales en Europa, bajo el efecto del desarrollo de la globalización bajo control estadounidense, después del desmoronamiento del bloque del Este. La subida histórica de las capas medias en los países europeos limítrofes con los países del Este, a fin de oponerse a las políticas sociales de estos últimos, fue al principio de la expansión económica, social, científica y tecnológica de la Europa del Oeste. La financiación de las protecciones sociales, entre ella la salud, reposa en efecto esencialmente en ellas. El bloque del Este destruido, el mantenimiento de las capas medias se vuelve inútil, y son pauperizadas creando así los déficits crónicos de las seguridades sociales en Europa. Esto se realiza en el contexto de la dominación estadounidense que, para mantenerse, necesita aspirar el ahorro mundial, incluso el que sigue fijado en los regímenes de seguridad social europeos. La aceptación política de la pauperización se ha hecho gracias a una fuerte ofensiva ideológica en Europa, en concreto por el intermediario de la « nueva gobernación », cuyas características contrarias a los valores esenciales de los Europeos, describiremos.

**Introduction :**

Conceptuellement, il convient de ne pas confondre la globalisation et la mondialisation. Cette dernière concerne les échanges généralisés entre l'ensemble des Etats souverains du monde ainsi que les conséquences politiques, économiques et sociales systémiques des fluctuations de ces échanges. Elle sous-entend la volonté et la capacité de chaque Etat de réguler ses rapports avec les autres. La globalisation est un problème de management stratégique des équipes dirigeantes des transnationales : comment gérer et

contrôler, dans l'intérêt exclusif de leurs actionnaires seuls souverains, des systèmes productifs installés dans des "territoires" (qui ne sont plus considérés comme des Etats souverains) où les cultures, les réglementations, les relations sociales et politiques, la structuration des marchés, etc, sont diversifiés, le tout avec le maximum de sécurité politique et militaire. Dès lors, la globalisation consiste à abaisser, sinon à détruire, toutes les barrières qui freinent le déplacement des marchandises, des services, des capitaux, ainsi qu'à exploiter autant que possible les différentiels de niveaux de vie, de protections sociales, de formations et compétences des diverses populations dans le monde, ce afin de concentrer de la valeur ajoutée. En conséquence, les Etats souverains n'ont plus de raison d'être, et leur rôle doit être réduit à l'appui réglementaire et militaire de la globalisation. Nous tenterons rapidement de dater les étapes de la globalisation depuis la dernière guerre. Nous montrerons ensuite succinctement que l'Europe de l'Ouest est l'une des seules régions du monde où l'épargne des particuliers et des grandes Entreprises est abondante et mobilisable: la partie liquide a déjà été exportée aux Etats-Unis d'Amérique. Demeure cependant dans les pays européens une épargne importante mais fixée et contrôlée dans les institutions de protection sociale. C'est le verrou qu'il convient, aux yeux de l'eurofinance globalisée, de faire sauter. Les moyens techniques et idéologiques s'élaborent au sein d'institutions telles que la Banque Mondiale, l'Organisation Mondiale du Commerce, l'OCDE, les Institutions de l'Union Européenne. Nous montrerons en particulier le rôle de l'Accord Général sur le Commerce des Services (AGCS) - en fait inclus dans divers articles de feu le projet de traité constitutionnel européen - dans la transformation des systèmes sanitaires de l'Union Européenne. La pression américaine sur les Etats Européens pour faire accepter les DRG comme seul moyen de "rationalisation" des systèmes hospitaliers, participe au mouvement d'ensemble. Nous démontrerons que les DRG, "vendus" comme une méthode de calcul des coûts, ce qu'ils ne sont conceptuellement pas, sont en réalité un moyen de tarifications diversifiés nécessaires pour faire accepter les niveaux différenciés des primes des assureurs transnationaux.

## **II RAPPEL : L'ENJEU FONDAMENTAL DE LA PROTECTION SOCIALE EN EUROPE<sup>1</sup>**

La remise en cause de la protection sociale est en Europe un enjeu de civilisation. Son extension sur le continent européen n'est pas seulement un acquis des luttes sociales, c'est aussi la prise en compte des facteurs qui ont conduit aux désastres des siècles passés, particulièrement aux deux dernières guerres signant le déclin relatif des Nations européennes. Ces facteurs sont connus: la concentration des richesses entre quelques mains d'un côté, l'extension de la pauvreté et de la misère de l'autre, ouvrant la voie aux extrémismes nationalistes et fascistes guerriers. L'enjeu politique premier de la protection sociale, de la retraite ou de la santé, ne se situe donc pas au niveau de débats autour de quelques paramètres démographiques ou de calculs de coûts. La protection sociale est en effet un pacte fondamental dans les pays civilisés : solidarité entre les actifs et les retraités, entre les bien-portants et les malades, entre les salariés et les chômeurs, etc ... Sa généralisation à l'ensemble de la population est une leçon de l'Histoire: l'éradication de la misère est une garantie de la sécurité collective, qui est elle même une condition nécessaire aux visions à long terme et au développement soutenu. Pas de sécurité collective, pas de progrès économique d'ensemble. La protection sociale a pour mission de couvrir les risques personnels qui ne peuvent être assumés individuellement sous peine de ruine. Elle est d'une grande efficacité économique, car les fonds collectés sont aussitôt reversés, sans ponctions ni spéculation, aux bénéficiaires maintenant ainsi la consommation et donc *in fine* l'emploi. Etant obligatoire pour tous, elle a un fonctionnement "automatique", ce qui permet de s'abstraire des pressions idéologiques et financières.

La protection sociale est une assurance collective qui s'oppose radicalement à l'assistance et à la charité. Cette dernière a pour objet de soulager la misère (souvent sélectivement) et non de la combattre. Elle prend les formes de sociétés caritatives, de fondations ... L'assistance se développe lorsque la protection sociale recule.

### **III LES GRANDES ETAPES GEOPOLITIQUES DE LA GLOBALISATION CONTEMPORAINE**

#### **1°) Le déploiement de la globalisation**

Depuis la dernière guerre, les relations économiques internationales et les régulations étatiques internes ont été largement imprégnées par les rapports Est/Ouest. On peut retenir deux dates essentielles : 1975 et 1989. Jusqu'en 1975, l'URSS et ses alliés connaissent une croissance économique continue, une amélioration sensible des niveaux de vie (certes encore inférieurs à ceux de l'Ouest, mais qui donnent l'impression d'un rattrapage), une expansion idéologique sur tous les continents... C'est aussi à l'Ouest l'arrivée à maturité des principales multinationales à dominante américaine, qui se heurtent aux limites imposées par l'Est.

On peut résumer les réponses des états occidentaux, assez bien coordonnées dans l'ensemble, de la manière suivante :

1. - accélération des budgets militaires directs et indirects;
2. - une stratégie de croissance sans précédent des couches moyennes<sup>2</sup> relativement aisées donnant une image forte de prospérité naturelle, appuyées sur un rôle élargi et ad hoc des fonctions des Etats (contrôle de secteurs économiques, politique des revenus, équilibres entre régions d'un même Etat, etc.) ;
3. - soutien particulier aux couches ouvrières et moyennes des pays limitrophes des pays de l'Est, et en particulier de la RFA, en contact direct (certains mécanismes communautaires en ont été l'un des moyens essentiels, ce qui explique la pseudo supériorité économique allemande malgré des salaires plus élevés);
4. - financement partiel (près du tiers) du niveau de vie de ces couches par les régions périphériques : baisse des cours des matières premières, accroissement des dettes canalisées essentiellement par le FMI, course idéologique...

La réponse des Etats de l'Est a été d'accroître à leur tour leurs dépenses militaires dont les moyens ont été collectés sur les efforts de leurs propres populations freinant ainsi considérablement la croissance des niveaux de vie. D'où un manque de perspective d'amélioration et des images des niveaux de vie occidentaux meilleures qui conduisit à l'implosion sociale dont le moment symbolique fut 1989.

#### **2°) Quelles sont les conséquences de l'implosion de "1989" ?**

Nous proposons de relever sept caractéristiques de la stratégie dite de la "globalisation" qui ont eu des effets sur les problèmes de financement de la protection sociale, dont celui de la santé, dans l'Union Européenne en particulier :

1. - freinage de la croissance des dépenses militaires, jusqu'à ces toutes dernières années où l'on perçoit une remontée sensible sur tous les continents ;
2. - tentatives de maîtrise des pressions en provenance des PVD et des pays de l'Est, en particulier des flux migratoires...
3. - par une industrialisation rapide des régions potentiellement les plus dangereuses, surtout en Asie (croissance fulgurante des "dragons" depuis cette date, tous situés autour de la Chine et du Vietnam) et de certains pays de l'Est...
4. - prélevée pour l'essentiel dans les pays industrialisés, dont ceux de l'Union Européenne politiquement affaibli, seule région où l'épargne mobilisable est abondante<sup>3</sup> ;

5. - prise en charge des politiques économiques par les grands groupes transnationaux eux-mêmes (intégration économique des espaces) et contrôle des circulations des capitaux, avec une nette dominance américaine...
6. - accompagnée corrélativement par un déclin relatif du rôle de régulateur économique des Etats dont la fonction se cantonne désormais à celui de régulateur social local, fonction d'accompagnement d'autant plus important que...
7. - les couches moyennes sont désormais inutiles dans les pays industrialisés européens; le problème politique consiste à gérer une paupérisation relative socialement acceptable.

En termes économiques, qu'est-ce qu'a signifié cette croissance historique des couches moyennes ? Tout simplement **une nouvelle répartition des richesses** produites dans ces Nations, ce qui a créé une dynamique liant intimement le progrès scientifique et technologique, le développement de la formation et la protection sociale (cette dynamique : "les trente glorieuses"); **cela forme un tout**. Une grande partie du financement de la protection sociale a reposé et repose encore sur les revenus de ces couches moyennes. L'accroissement historiquement massif et stratégique des couches moyennes, par l'intermédiaire d'un développement sans précédent des fonctions sociales des Etats dont celui des monopoles publics (welfare state) est terminé et connaît aujourd'hui un mouvement désormais inversé. Ces couches moyennes sont par essence très disparates, individualistes, peu syndiquées, incapables de se forger des théories politiques leur permettant d'avoir la prétention d'imposer une direction politique et donc idéologique. A partir du milieu des années 80, des lézardes apparaissent dans le système soviétique, entraînant la chute du mur en 1989. Dès lors, l'entretien des couches moyennes, très majoritairement liées aux activités étatiques et aux monopoles publics, devient inutile : la récupération des valeurs ajoutées réparties devient une priorité pour la finance internationale (d'où les campagnes idéologiques contre "l'Etat Providence"). Ceci se traduit concrètement par un freinage sensible des salaires, par les privatisations des monopoles publics, par les "dégraissages" de l'Etat acculé à son rôle régalien. Dès lors, le gros du financement de la protection sociale reposant sur les couches moyennes connaît des problèmes "insurmontables", de même que la recherche scientifique et technologique de long terme.

### III] LES CARACTERISTIQUES DE LA GLOBALISATION CONTEMPORAINE

Nous rappellerons ici très succinctement les six principales caractéristiques de la globalisation contemporaine, telle que définit en introduction :

- 1- une augmentation massive du nombre de transnationales (plus de 65000 possédant 850000 filiales présentes dans 175 pays), majoritairement d'origine états-unienne ;
- 2- une dérégulation internationale des échanges qui combat les protections commerciales nationales (plus de 40 % des échanges commerciaux mondiaux sont en réalité intra-firmes transnationales) par l'intermédiaire en particulier de l'OMC et de l'AGCS (Accord Général sur le Commerce des Services), d'où une augmentation importante des moyens de transport ;
- 3- la libre circulation des capitaux, qui a nécessité en particulier la disparition des taux de change fixe ainsi que celle de la propriété nationale des capitaux sociaux des entreprises (d'où les privatisations systématiques), le développement des places boursières (transferts des épargnes nationales) et des moyens TIC ;
- 4- la dérégulation des protections sociales (contournement des représentations syndicales et politiques, lutte contre les « acquis » sociaux, suppression des politiques nationales des revenus, stratégies de développement d'un chômage « suffisant », délocalisations, fiscalisation des financements sociaux à des fins de contrôles plus stricts, etc ...) afin de diminuer les « coûts » du travail<sup>3</sup> ;
- 5- une lutte idéologique contre les identités nationales, sauf aux Etats-Unis d'Amérique ;

6- une formidable concentration des richesses et des pouvoirs (30 à 50 banques commerciales contrôlent le marché des changes, les 10 premières transnationales s'accaparent à elles seules autant que le total des 190 suivantes, la société de courtage new-yorkaise Goldman & Sachs distribue annuellement à ses 161 actionnaires plus que l'équivalent de la richesse créée (PIB) par les 25 millions d'habitants de la Tanzanie, etc.)

#### **IV] LES EFFETS CONTEMPORAINS DE LA DOMINANCE ETATS-UNIENNE SUR LA PROTECTION SOCIALE EN EUROPE<sup>5</sup>**

##### **1°) Les logiques**

Suite à l'implosion des pays de l'Est, la stratégie « d'empire » des Etats-Unis d'Amérique peut librement se déployer. Elle nécessite des moyens considérables que ce pays seul ne peut assumer malgré sa puissance économique. D'où sa stratégie de récupération de moyens financiers dans le monde, et tout particulièrement en Europe. Les E-UA connaissent aussi un "papy-boom", ce qui nécessite des ventes massives de placements boursiers gérés par des fonds de pension, dont une partie a été placée en Europe. Il est difficile d'honorer la masse des nouveaux retraités américains ayant opté pour la capitalisation<sup>6</sup> (forte offre pour une faible demande de titres boursiers). D'où les fortes pressions des Etats-Unis pour un démantèlement suffisant et rapide des systèmes de protection sociale européens (seule région encore capable de dégager massivement de l'épargne dans le monde), afin de les transformer en systèmes assurantiels (santé et retraite par capitalisation) qui permettront de créer une demande de titres financiers, relançant ainsi les indices boursiers. Mais par la suite, à qui les Européens vendront-ils leurs titres ? Aux Africains, aux Chinois ? De plus, le déficit historique de la balance commerciale américaine, doublée actuellement par un déficit budgétaire d'un niveau identique, oblige les Etats-Unis d'Amérique à importer massivement des capitaux afin de compenser le déficit commercial<sup>7</sup> et d'éviter ainsi un dégageant de la confiance internationale vis à vis du dollar<sup>8</sup>. En forçant l'Union Européenne à ne pas puiser sur ses propres ressources d'épargne (rôle réduit de la Banque Centrale Européenne à une simple surveillance du taux d'inflation afin de ne pas dévaloriser cette épargne par rapport au dollar, encouragement au traité de Maastrich qui empêche les Etats de puiser dans cette épargne par des déficits trop importants) et en maintenant en dépendance les places boursières européennes vis à vis de celle de Wall Street, les Etats-Unis d'Amérique a incité les financiers européens à détourner une partie importante de l'épargne européenne vers eux<sup>8</sup>. Ils l'ont investi massivement dans les secteurs industriels stratégiques, accentuant ainsi le différentiel économique et militaro-industriel entre les deux rives de l'Atlantique. D'où la quasi stagnation des investissements en Europe, contribuant au chômage massif et par ricochet aux déficits des régimes sociaux tout aussitôt accusés de systèmes usés à dépasser. L'OMC, via l'AGCS (Accord Général sur le Commerce des Services), est l'un des outils les plus puissants utilisés par les Etats-Unis pour faire pression sur l'Europe en vue de la privatisation des services publics (services financiers, transports, eau, gaz, électricité, santé, éducation, ...) Les décisions prises au sein de l'AGCS sont irréversibles. Elles interdisent donc toute modification due à un changement politique dans les pays signataires sous peine de lourdes compensations. Les affrontements actuels autour de l'AGCS méritent une attention particulière, car ces accords touchent directement le secteur de la santé.

##### **2°) Les débats autour de l'AGCS et du secteur santé :**

L'AGCS a été signé en 1994. Son objet est la privatisation des services de toute nature. Les Etats signataires se sont engagés à augmenter progressivement et aussi loin que possible le nombre de services couverts par l'accord, sauf ceux fournis « dans l'exercice du pouvoir gouvernemental » (police, justice, armée, ...). Les litiges sont réglés devant l'Organe de Règlement des Différents (ORD) de l'OMC, formés « d'experts » dont les délibérations se tiennent à huis clos<sup>9</sup>. Le secteur de la santé fait partie des domaines qui entrent dans le cadre

de l'AGCS, alors que l'on pourrait penser *a priori* que l'Assurance Maladie fasse partie des exceptions car ses prestations ne sont pas fournies « ni sur une base commerciale, ni en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs ». Cependant l'article 6 de l'Accord stipule que les pays signataires auront à « justifier sur demande la raison d'être de leurs mesures réglementaires intérieures ». A notre connaissance, le secteur de la santé n'est pas encore globalement engagé dans les listes actuelles. Lorsque cela sera, l'Etat signataire ne pourra plus réglementer les implantations privées et devra verser à toutes entreprises implantées les mêmes subventions qu'au secteur public, ce qui signifie partage de celles-ci et donc mort de ce secteur public à brève échéance. Les Etats préparent, chacun à sa manière, l'échéance. En France, la technocratisation de la Sécurité Sociale aujourd'hui mise sous tutelle directe de l'Etat dans le but de réduire les prestations remboursées au nom du maintien des coûts de la santé, a pour corollaire la montée des assureurs complémentaires privés. Dans ce contexte, il n'est plus possible de soutenir que les prestations de l'Assurance Maladie ne se trouvent pas « en concurrence avec un ou plusieurs fournisseurs », ce qui rend plus aisé l'engagement de tout le secteur santé dans l'AGCS. Notons que des sous-secteurs de la santé sont déjà concernés par l'intermédiaire des offres dites transversales de libéralisation, tels par exemple les services hôteliers des établissements hospitaliers. Ajoutons que le « mode 4 : services faisant appel à la mobilité du personnel » stipule que des visas spéciaux seraient octroyés pour des séjours équivalents à la durée de contrat, le statut des travailleurs mobiles étant régi par la législation du pays d'origine, ce qui ne peut se traduire que par le démantèlement progressif du droit du travail du pays d'accueil. Tous les corps professionnels de la santé sont concernés par ce mode 4, qui correspond à une mise en concurrence des travailleurs entre eux, c'est à dire à une méthode de paupérisation des couches moyennes.

L'Union Européenne a préparé le terrain de longue date : dès 1992, deux directives assurances (92/49/CEE et 92/96/CEE) réclamaient à chaque Etat membre le principe de concurrence pour l'Assurance Maladie<sup>10</sup>. C'est ainsi par exemple que la France dut modifier profondément le code de la mutualité en 2001, qui assimile désormais assureurs privés et mutuelles. Ces dernières se trouvent désormais dans des situations délicates car cela contredit fondamentalement le principe de solidarité qui constitue historiquement leur fondement. Plus, pour être en conformité avec le projet de traité constitutionnel européen, la France dut modifier sa Constitution de 1958. Cette dernière stipulait explicitement la garantie « à tous (...) la protection de la santé (...) ». La révision constitutionnelle de février 2005 se contente désormais « d'un attachement aux droits de l'homme (...) », attachement qui n'est nullement constitutif de droits et de devoirs, ce qui rend cette constitution compatible avec feu le projet constitutionnel européen dans lequel n'apparaît qu'une seule fois le terme « sécurité sociale » : « L'Union reconnaît et respecte le droit d'accès aux prestations de sécurité sociale et aux services sociaux ... » (article II-94), « droit d'accès à » et « droit à » ayant des significations juridiques totalement différentes, la première expression n'engageant en rien l'obligation pour un Etat membre d'organiser convenablement l'offre, ce qui n'est pas le cas de la seconde.

## **VI L'ACCOMPAGNEMENT IDEOLOGIQUE : « LA GOUVERNANCE »**

### **1°) Les principes de la gouvernance**

L'acceptation politique des « réformes » et de leurs conséquences est obligatoirement passé par d'intenses campagnes idéologiques dont les concepts ont été élaborés aux Etats-Unis d'Amérique. Celui de « gouvernance » en est l'un des principaux piliers. Son objectif est de faire accepter un véritable changement dans la façon de gouverner et de mettre sous tension les « relations humaines ». En voici les cinq caractéristiques essentielles :

1- au nom d'une société plus « complexe », les élus politiques voient leur rôle amoindri et noyé dans des instances où dominent des « experts » de tout type et des « décideurs » qui ont le savoir et les richesses ;

2- les notions de peuple et de souveraineté sont remplacés par celles de « société civile » (dont les lobbies) et de « partenariat », la gouvernance locale étant réduite par des « contraintes » déclarées par les « experts » et imposées par les « décideurs » ; la notion de Nation est combattue, le rôle de l'Etat est réduit à son rôle régalien ;

3- il en découle que les décisions stratégiques nient toute responsabilité sociale et territoriale des entreprises, ainsi que la démocratie sociale fondée sur le droit ;

4- le libre échange, la libre entreprise, l'excellence individuelle sont les bases d'une société « d'acteurs » et de « projets » : la « bonne gouvernance » consiste alors à mettre en mouvement des acteurs pour des projets ; la liberté, c'est le libre choix des individus pour devenir acteur de la société et pour réaliser des projets dans les bornes fixés par la souveraineté du « marché », celui-ci se substituant à la souveraineté populaire ;

5- la hiérarchie des valeurs se modifie : l'équité remplace l'égalité ; l'équité consiste à aménager des efforts pour corriger les déséquilibres de l'ordre naturel du marché, l'égalité est un droit politique historiquement acquis par le combat social.

L'objectif est donc d'évacuer le politique (relativisation du rôle de représentation sociale des élus transformés en simple gestionnaire des effets naturels du « marché ») et de ramener les responsabilités au niveau de l'individu seul, nouveau type de « citoyen » libéré « de toute contrainte morale rattachée au sentiment de solidarité collective »<sup>11</sup>. C'est la « société de propriétaires » que les Etats-Unis d'Amérique entend exporter de par le monde.

## **2°) L'un des vecteurs principaux de l'épidémie « gouvernance » : les sociétés de conseil**

Dans le secteur sanitaire comme dans les autres secteurs économiques, les cabinets conseil généralement anglo-saxons ont joué un rôle efficace dans l'acceptation des principes de la gouvernance et dans l'application concrète des mesures de réformes<sup>12</sup>. Ils sont bien connus : Coopers et Lybrand, Deloitte Touche Thomatsu, Ernst et Young, KPMG, Price Waterhouse, Andersen, Cap Gemini, ... adossés aux groupes financiers et industriels mondiaux, ils bénéficient d'un double système qui leur permet de monopoliser l'édition des normes gestionnaires : certification des normes<sup>13</sup>, expertise auprès des tribunaux parfois même complétée par un département d'avocats. Ces cabinets conseil couvrent ainsi l'ensemble des points clé du management : commissariat aux comptes de grandes entreprises, expertise comptable, conseil juridique et fiscal, conseil en système d'information, conseil en stratégie (organisation, acquisition, fusion, ...). Ils sont de fait juge et partie. Leurs interventions sont devenues si massives qu'elles édictent des normes de gestion, et ils tendent désormais à se substituer à l'Etat dans le domaine de la réforme des administrations et des institutions publiques, dont la sécurité sociale (voire infra le cas typique des normes DRG hospitalières). Dans ce dernier domaine, ces cabinets ont pour rôle de faire émerger des assurances complémentaires à la sécurité sociale afin de marginaliser celle-ci, tout en tentant de prendre le contrôle de la conception et de l'utilisation des systèmes d'information. Ainsi, en France, Cap Gemini (deuxième groupe après Andersen dans ce pays) est adossé au groupe pharmaceutique Merriex (lui-même absorbé par Rhône-Poulenc fusionné avec Hoechst pour devenir Aventis). Ce cabinet tente d'intégrer des laboratoires pharmaceutiques, des hôpitaux, des sociétés d'assurances (Axa) et un pôle bancaire fortement impliqué dans les systèmes boursiers (Suez, Parisbas)<sup>14</sup>.

## **3°) Les effets sociaux et politiques**

- "Globalisation" et perte de citoyenneté des organisations économiques non-électives,
- contrôle de la collecte de l'épargne et rapports assurances / S.S dans le processus de globalisation,

- inutilité des couches moyennes et risques de rupture des solidarités entre catégories sociales,
- déculturation "sanitaire" et émergence du patient-client,

voici quelques transformations sociales et politiques fondamentales. Elles tendent à la perte du contrôle social et démocratique des processus des prises en charge et de leur financement socialisé. Dans ce cadre, la fixation des budgets hospitaliers par l'Etat apparaît comme l'un des instruments de régulation locale d'accompagnement de la globalisation, derrière la maîtrise des « coûts de la santé ». La déculturation démocratique progressive, malgré des résistances ça et là, a grandement facilité l'étatisation du système de protection sociale comme prélude et accompagnement de la prise de contrôle des systèmes de santé par la finance internationale (les assureurs privés sont les seconds investisseurs financiers sur les marchés financiers mondiaux, après les fonds de pension).

Pour les retraites comme pour la santé, l'idéologie néolibérale repose sur deux principes :

1 – les risques individuels doivent être couverts par les individus eux-mêmes, à un taux librement choisi par chacun (curieusement, on fait systématiquement abstraction du niveau disponible du revenu individuel)

2- quant aux indigents, incapables de se prendre en charge eux-mêmes, une aide de survie doit leur être proposée, soit par l'intermédiaire de sociétés caritatives, soit par l'Etat (principe de l'assistance).

Cette idéologie n'est pas nouvelle : sa "théorisation" date du XIXème siècle, en particulier par les économistes néoclassiques en réaction à l'ampleur prise par les théories marxistes en Europe. L'offensive contemporaine date de la fin des années 80. Par exemple, les coups de butoir contre les systèmes des retraites par répartition européens se sont généralisés en 1994 avec le fameux rapport de la Banque Mondiale. Celui-ci préconise une "modernisation" qui repose sur trois piliers qui reprend les idéaux ci-dessus :

a – un système obligatoire, dit système public d'assistance financé par l'Etat (il s'agit bien d'assistance, et non plus d'assurance collective). Son objectif : assurer un minimum vieillesse (20 % du salaire moyen)

b – un système obligatoire de comptes d'épargne individuels gérés par des institutions au choix du salarié.

c – un système facultatif d'épargne individuelle.

Evidemment, les financiers s'intéressent aux deux derniers piliers, le premier devant être minimisé. Comment faire accepter un tel système par les salariés, qui endosseraient alors tous les risques de pertes ? Le FMI en fournit la recette<sup>15</sup> : "Il convient de forcer les gens à épargner pour leur retraite en orientant les fonds vers le secteur privé. (...) les systèmes par répartition **créent trop de sécurité dans le corps social**"(souligné par nous) ». L'objectif politique est donc d'insécuriser les populations pour les inciter à épargner. Il est souhaité corrélativement que les solidarités collectives entre actifs et retraités volent en éclats pour être remplacées par une individualisation par contractualisation qui affaiblit le pouvoir du salarié. Il s'agit d'un retour historique et un ébranlement du fondement du pacte de civilisation et de paix d'après guerre en Europe.

## VII – TECHNIQUES D'ACCOMPAGNEMENT : « LES EVALUATIONS MEDICO-ECONOMIQUES »

Se pose, pour les assureurs complémentaires à la sécurité sociale le problème de la détermination de la tarification. Comme toute assurance dans le cadre marchand, celle-ci doit tenir compte des différences des risques individuels de remboursement afin d'assurer la rentabilité financière, contrairement aux systèmes socialisés pour lesquels un prix global est suffisant. Le problème de la tarification se double d'un autre : l'acceptation politique. D'où le

passage obligé par une référence médicale : l'évaluation médico-économique des activités, en premier lieu hospitalières.

### 1° ) L'amalgame idéologique prix et coût (système DRG)

En premier lieu, il convient de tordre le cou énergiquement à l'amalgame idéologique entre les prix et les coûts, sous prétexte que les prix doivent recouvrir les coûts. Ces derniers sont générés par les prix d'achat des facteurs de production, les choix organisationnels, la productivité et non pas par les clients (ici les malades). Fondamentalement, un prix a pour objectif d'orienter la clientèle, et une gamme de prix a pour objectif de différencier des segments de clientèle. Par conséquent, dans le cadre d'une santé publique totalement socialisée, un prix moyen suffit, dès lors qu'il ne s'agit pas ici d'orienter les patients. En effet, les attitudes et comportements de ces derniers ne doivent pas être influencés par des niveaux de prix différents selon les types de prise en charge, car cela reviendrait à ne pas respecter l'égalité d'accès aux soins pour tous. Il est évident que la fixation d'un prix socialisé, que seule une organisation tampon du type "*Sécurité Sociale Généralisée*" peut permettre, n'a besoin que d'un système d'information très simple et donc peu coûteux. Ce n'est pas le cas du PMSI, qui est la quasi copie conforme francisée des DRG (*Diagnosis Related Groups*) américains. Quel était l'objectif des DRG ? Créer une base "*politiquement acceptable*", qui servirait à la définition de barèmes de primes (c'est-à-dire de prix), que les assureurs proposeraient aux assurés (dans un premier temps, pour des tarifications medicare). Pour rendre cette base acceptable, le principe fut de mettre les diagnostics au centre du système d'information, en les affublant de quelques paramètres supplémentaires. Pourtant, on sait depuis la fin des années 1970, qu'aucune relation stable n'existe formellement entre les maladies et les moyens mis en œuvre. Nous ne reviendrons pas ici sur les critiques techniques du système de groupage et de son utilisation prospective, parfaitement synthétisées par Z. Swinarski Huber<sup>16</sup>. Aussi, dans son principe même, la méthode DRG / PMSI n'a jamais été un moyen de contrôle et de gestion des dépenses de santé, mais bien une justification de la fixation d'un barème de primes pour assureurs, politiquement acceptable. La fixation d'une palette de prix est avant tout le problème des assureurs complémentaires privés ou celui des établissements hospitaliers privés à but lucratif, car ils cherchent à justifier des tarifs<sup>17</sup> (voire le projet AXA en 1996 ou le rapport BABUSIAUX, mai 2003). On se rend compte ici que le passage d'un prix socialisé à un barème de prix (c'est à dire à des prix individualisés), correspond politiquement à un glissement de fait d'un système sanitaire socialisé à un système sanitaire individualisé qui n'est viable que dans un environnement économique marchand (ce qui rejoint les privatisations et la pression américaine vues plus haut), c'est à dire sélectif.

**Expériences internationales de la tarification à la pathologie :**

1 – la tarification est parée de vertus différentes selon les pays :

En GB et en Scandinavie, l'objectif officiel est de réduire les files d'attente, donc d'accroître l'activité. En France, il est de contenir les coûts et d'améliorer l'efficacité du système.

2 – En GB, la tarification à la pathologie a été utilisée comme technique de "benchmarking" (comparaison des performances tarifaires entre établissements afin de les mettre sous tension concurrentielle). Peu de résultats sur les tarifs, développement des files d'attente, puis du secteur privé, d'où augmentation ... du nombre global de lits.

3 – Pays scandinaves : les établissements qui n'ont pas adopté la tarification à la pathologie ont connu une croissance de la productivité et des coûts semblables à ceux qui ont appliqué cette technique de prix.

L'expérience de Stockholm : dans un premier temps, la mise en place de la tarification à la pathologie est accompagnée d'un accroissement de la productivité (+ 20%), puis dans un second temps, d'une baisse de celle-ci, d'un déficit budgétaire chronique, d'un allongement des files d'attente; le gouvernement est alors obligé d'introduire des seuils de file d'attente à ne pas dépasser.

4 – l'expérience des USA : dans un premier temps, la tarification à la pathologie (DRG) est accompagnée d'une baisse des coûts hospitaliers due à une diminution sensible des durées de séjour des patients. Dans un second temps, les dépenses augmentent au même rythme qu'auparavant, malgré une accélération excessive des transferts hôpital – ville (d'où la forte augmentation des dépenses ambulatoires). Ce système de tarification ne semble pas avoir réduit la variabilité des coûts observés entre les établissements pour une même pathologie. Par ailleurs, ce système de tarification pousse les établissements publics à la faillite (le dernier hôpital public de Washington a fermé ses portes en mai 2001). "L'industrie de la charité" se développe sous l'impulsion de l'Administration qui se décharge sur celle-ci de la distribution des fonds alloués par l'Etat : il conclut des contrats avec les congrégations religieuses et les sociétés de charité (d'où le renforcement du pouvoir politique des communautés religieuses sur la société US)

**2° ) La maîtrise des coûts requiert des méthodes différentes**

Les dépenses hospitalières ne sont pas liées directement à la clientèle reçue, mais au volume des moyens de production dont on dispose et à leur mode d'organisation. Ici, la productivité joue un rôle fondamental. Compte tenu de l'augmentation du nombre de prises en charge (en lien avec la déstructuration des réseaux sociaux) et du blocage des facteurs de production, une partie de la productivité a pris la forme d'une augmentation de l'intensité du travail, augmentation relativement acceptée du fait de valeurs culturelles actuelles des soignants. Faut-il s'évertuer à calculer des coûts douteux par des systèmes d'information très peu fiables et très coûteux pour mesurer l'efficacité et l'efficience des services de soins et des établissements ? Il conviendrait plutôt de se poser la question de bon sens suivante : à quoi sert un établissement de soins ? Réponse : à rétablir autant que possible l'autonomie physique et psychique des personnes malades par une dépendance momentanée que le réseau social ne peut prendre en charge.

L'efficacité est donc mesurable par les variations des autonomies, tandis que l'efficience peut l'être par les niveaux de dépendance. Pas étonnant que le corps médical et les personnels soignants, en prise directe avec les réalités des soins, aient inventé de nombreuses grilles de description (avec parfois des confusions entre les concepts d'autonomie, de dépendance, de charges de travail), beaucoup plus pertinentes pour la gestion rigoureuse des unités de soins.

**NOTES ET REFERENCES**

<sup>1</sup> Nous reprenons ici succinctement notre présentation lors du congrès CALASS 2004 à Bucarest.

<sup>2</sup> Couches moyennes : couches sociales atomisées, peu organisées car sans doctrine affirmée ; leurs niveaux de vie dépendent essentiellement des structures étatiques ou para-étatiques et des marchés soutenus par celles-ci.

<sup>3</sup> voici la déclaration très claire de J.-P. DESGEORGES, PDG de GEC-ALSTHOM, à la commission du développement économique du C.E.S. Ile-de-France, le 3 mai 1995 "l'industrie doit disparaître en Europe, afin de rééquilibrer les rapports Nord-Sud (...). Les grands groupes ne sont pas source d'emplois et doivent se défaire des tissus traditionnels de sous-traitances (...). Il faut poursuivre la désintégration des productions en France et en Europe, sans céder au protectionnisme qui compromettrait les accords du GATT".

<sup>4</sup> « Il ne faut pas que les gouvernements européens laissent les craintes suscitées par les retombées de leurs actions sur la répartition des revenus les empêcher de se lancer avec audace dans une réforme de fond des marchés du travail ; l'assouplissement de ceux-ci passe par la refonte de l'assurance-chômage, du salaire minimum légal et des dispositions qui protègent l'emploi » Bulletin du FMI du 23 mai 1994.

<sup>5</sup> Voir pour plus de détails J.P. ESCAFFRE, CALASS 2004 – Bucarest.

<sup>6</sup> Déficit des fonds de pension : près de 500 milliards de dollars.

<sup>7</sup> Les Etats-Unis d'Amérique absorbent actuellement 80 % de l'épargne mondiale.

<sup>8</sup> Le jour où Saddam Hussein a signé un décret instituant que l'Euro deviendrait la seule monnaie d'échange dans le commerce du pétrole irakien, il a derechef aussi signé son arrêt de mort. L'Iran l'a suivi partiellement, aussitôt classé dans l'axe du mal, de même que le Venezuela, soumis à une tentative de coup d'Etat officiellement approuvé par l'administration états-unienne. En effet, une contagion sous la pression de l'OPEP aurait mis à mal le dollar comme monnaie de réserve internationale vis à vis de l'Euro, entraînant les USA dans une grave crise économique.

<sup>9</sup> La faiblesse de l'Euro, par rapport au dollar, après sa création est due aux financiers européens eux-mêmes, et non pas à une suprématie économique américaine.

<sup>9</sup> Chaque Etat établit une liste des services qu'il est prêt à ouvrir à la concurrence. En France, les élus peuvent seulement consulter la liste, mais sous surveillance sans prendre de notes ni de photocopies !

<sup>10</sup> 92/49/CEE, point 10 : « ... il est nécessaire de supprimer tout monopole dont jouisse certains organismes dans certains Etats membres pour la couverture de certains risques », c'est à dire explicitement (annexe de la directive 73/239/CEE) : « 1- accidents, prestations forfaitaires, prestations indemnitaires, combinaisons, personnes transportées ; 2- maladie prestations forfaitaires, prestations indemnitaires, combinaisons »

<sup>11</sup> George Ross, le monde diplomatique, juin 2005, p 6.

<sup>12</sup> Rapport Martre : « Intelligence économique et stratégie des entreprises » - Commissariat Général au Plan, Documentation française, janvier 1994.

<sup>13</sup> Par exemple, les référentiels de cancérologie et de pneumologie édictés par Ernst et Young.

<sup>14</sup> Projet « star-santé »

<sup>15</sup> Cité dans l'ouvrage de J. NIKONOFF, "la comédie des fonds de pension", 1998.

<sup>16</sup> S. Huber « La problématique des AP-DRG ou comment calculer des coûts hospitaliers justes en se basant sur une classification peu pertinente » - CALASS 2004 -

<sup>17</sup> Ces assureurs ont intérêt à pousser les entreprises à embaucher du personnel jeune et en bonne santé, comme dans les fast-food, afin de proposer des tarifs inférieurs à ceux proposés par l'Assurance Maladie. De plus, les entreprises verraient un moyen commode de « baisser les charges ».