

La crise

Pas un jour, depuis septembre, sans l'annonce d'un plan de « sauvetage » ou de « relance ». A chaque fois, les ressources mobilisées se chiffrent en dizaines ou en centaines de milliards.

Le contraste est saisissant avec ce qu'on nous disait, jusqu'à hier, des « lois » de l'économie: *l'intervention de l'Etat est inefficace ou contre-productive; les Etats n'ont pas le droit d'écraser les générations futures avec le fardeau de la dette.* Ces grands « principes » justifiaient la passivité face aux suppressions d'emploi, les coupes dans les dépenses sociales, le démontage des services publics, l'étiollement des retraites, mais aussi l'abandon de pays et régions étranglés par la dette.

La juxtaposition de ces deux réalités redouble le scandale. Elle doit nous inciter à tirer des leçons pouvant servir de points d'appui à l'action de celles et ceux qui ne se résignent à ce prétendu « ordre des choses »:

- L'Etat n'est pas un appendice, voué à disparaître, d'un marché omnipotent. C'est un instrument essentiel de la défense des intérêts de la classe dominante et de sa domination. S'il y a péril, ceux d'en haut n'hésitent pas à le faire intervenir de toute sa puissance pour sauver leur mise. Aujourd'hui en mobilisant des ressources économiques considérables. Et si nécessaire, demain comme hier, en utilisant son pouvoir de police pour étouffer les contestations.

- Les mesures annoncées chaque jour ont une dimension exceptionnelle. Parce que la crise est exceptionnelle. Durant trois décennies, la course à des profits toujours plus élevés a façonné une économie mondiale de plus en plus distordue: une concentration ahurissante de la richesse accaparée par une infime minorité, des besoins sociaux violemment ignorés, des montages de crédits reposant sur le pari que les profits de demain seraient encore plus élevés que ceux d'aujourd'hui. La crise financière, cette fois-ci, a déclenché une crise économique qui est en train de fracasser cet édifice. Cela va précipiter des dizaines de millions de personnes au chômage et dans la misère. Des pays entiers, dans l'est de l'Europe comme en Asie (Pakistan) ou en Afrique, plongent.

- C'est une illustration dramatique de la contradiction destructrice qui est au cœur du capitalisme: la loi du profit, noyau dur du programme génétique de ce système, est incompatible avec un développement durable répondant aux besoins de la grande majorité. Elle amène tôt ou tard à des crises qui peuvent ravager des sociétés entières et balayer des années de « croissance ».

- L'ironie de ce début de XXI^e siècle est que cette contradiction s'affiche comme jamais depuis 60 ans au moment même où l'idée qu'il est possible de concevoir autrement l'organisation sociale n'a jamais été aussi peu présente parmi la masse des exploités. Et ne parlons pas des grandes organisations prétendant parler au nom des salariés! Au gouvernement, comme en Grande-Bretagne, les partis « sociaux-démocrates » et leurs relais syndicaux sont en première ligne pour sauver la mise du grand capital. Partout, ils n'ont que le mot « excès » à la bouche. Comme si le problème était l'écume, et pas ce qui l'a produite.

- Dans les mois à venir, les « plans de sauvetage » vont aller de pair avec des coups implacables contre les salariés. En Suisse également: des secteurs entiers de l'économie (comme les sous-traitants de l'industrie automobile ou les médias) sont stoppés nets ou presque. Les licenciements se multiplient: les employeurs y recourent dès le moindre « refroidissement ». Les retraites, qu'on nous a dit résister mieux au vieillissement grâce au 2^e pilier investi en actions, sont mises en péril. Les déficits publics vont se creuser: on ne les comblera pas en annulant les cadeaux fiscaux faits aux riches et aux entreprises, mais en coupant dans les services publics, en accélérant les privatisations, en dégradant les conditions de travail du personnel.

- Cette crise illustre la puissance destructrice du capital. L'inquiétude qu'elle alimente peut, faute d'alternative tangible, fonder d'illusoirs espoirs dans les « plans de sauvetage ». En même temps, cette crise remet l'action publique au cœur des choix économiques, sociaux, politiques. On voit les Etats déployer une énergie insoupçonnée pour sauver la mise des grands capitaux. Les collectivités humaines pourraient avec la même détermination mobiliser leurs ressources pour répondre aux besoins fondamentaux de l'humanité, y compris en matière d'environnement. C'est de ce combat que *La Brèche* veut être. En soutenant les luttes sociales, comme celle menée aux ateliers CFF de Bellinzone (cf. p. 3) ou celle de la fonction publique du canton de Vaud (cf. ci-contre). Et en contribuant à la réflexion sur ce que peut être, au XXI^e siècle, un projet socialiste.

Assurance-maladie:

La vraie contre-réforme est encore à venir

(pp. 4-5)



La fonction publique vaudoise face à l'Etat-employeur

Le conflit entre l'Etat de Vaud et ses employé-e-s autour de Decfo-Sysrem¹, le nouveau système de classification et de rémunération des employé-e-s de l'administration cantonale vaudoise, dure depuis une année. *La Brèche* a déjà publié des articles² présentant les principales caractéristiques de cette « réforme » ainsi que notre position de fond à son égard: il s'agit d'une refonte néolibérale majeure des rapports de travail à l'Etat de Vaud, qui aura des conséquences négatives durables sur les conditions de travail et les possibilités de défense des intérêts du personnel, et dont la mise en place n'a pas pu être empêchée. La présente contribution est consacrée à la soudaine radicalisation du mouvement d'opposition à laquelle on a assisté au cours de ces dernières semaines, et à un certain nombre de conclusions intermédiaires que l'on peut en tirer. Ce dossier n'est pas clos, même si le nouveau régime salarial est entré en vigueur ce mois-ci.

URS ZUPPINGER

L'élaboration de Decfo-Sysrem a été longue et fastidieuse. C'est en 1995 déjà que le Conseil d'Etat avait décidé de remplacer le système en vigueur, créé en 1969. Deux ans devaient suffire à cette tâche. Au final, c'est douze années d'une longue ges-

1. Decfo pour « définition de la classification des fonctions », Sysrem pour « système de rémunération »
2. Voir sur le site www.labreche.ch le n° 6 (octobre) de 2007 et les n° 1 (février), 2 (avril) et 3 (mai) de 2008

tation « technique » qui seront nécessaires pour aboutir à un dispositif qui tienne la route du point de vue patronal.

En juillet 2007 une phase de négociations a été ouverte entre d'une part la délégation du Conseil d'Etat, conduite par le radical Pascal Broulis (responsable du Département des finances) et le « socialiste de gauche et ancien syndicaliste » Pierre-Yves Maillard (en charge du Département de la santé et de l'action sociale), et d'autre part les trois organisations du

personnel FSF (Fédération des sociétés de fonctionnaires) SUD (Fédération syndicale Solidaires unitaires démocratiques) et SSP (Syndicat des services publics). Le Conseil d'Etat espérait arriver rapidement à faire passer le nouveau système dans les faits en tablant sur la division du personnel et la division de ses organisations.

Decfo-Sysrem est en effet conçu pour diviser le personnel en apportant des améliorations salariales aux uns et une précarisation des conditions de

rémunération aux autres, dans le cadre d'une opération qui devait rester financièrement « blanche ». Quant à la division entre organisations du personnel, elle a marqué l'histoire des rapports entre employeurs et employés du secteur public de ces dernières décennies. Elle s'est produite à chaque fois que le personnel s'est mobilisé contre un projet de « modernisation » de l'Etat et à chaque fois elle a sapé la combativité des salariés et permis au Conseil d'Etat d'imposer son point

de vue: les trois fédérations, dans un premier temps, s'associaient pour contester le projet patronal et les salariés répondaient présents; puis, la FSF signait un accord séparé, qui admettait le projet patronal avec quelques menues corrections; SUD et le SSP faisaient des appels à la poursuite du combat mais les salarié-e-s rentraient dans le rang et le mouvement se terminait par une défaite.

Partis pour revivre un même cauchemar ?

Entre juillet 2007 et septembre 2008 il a semblé que les salarié-e-s étaient condamné-e-s à devoir vivre une nouvelle fois dans le cas de Decfo-Sysrem ce scénario cauchemardesque.

Dans un premier temps, le SSP a rejeté le nouveau système tout en acceptant de participer aux « négociations », SUD a adopté une position de « wait and see » et la FSF s'y est déclarée favorable, car elle escomptait qu'il apporterait une amélioration salariale au gros de ses troupes, qui comptent notamment des enseignants du primaire et du secondaire inférieur, des gendarmes et des employé-e-s de la Sûreté, qui attendaient depuis des années une revalorisation de leur traitement. Mais en octobre 2007, SUD et le SSP lançaient la mobilisation du personnel et rencontraient rapidement un écho inhabituel; à la fin 2007 la FSF les rejoignait.

La journée de grève du 31 janvier 2008, lancée par les trois organisations, fut un succès. Elle amena le Conseil d'Etat à mettre un peu d'huile dans les rouages du nouveau système, en octroyant un montant de 80 millions de francs qui permettait d'éliminer les défauts les plus criants du dispositif original de transition entre l'ancien système et le nouveau.

Mais une fois cet avantage acquis, la FSF s'est désolidarisée des autres organisations en acceptant de limiter les pourparlers avec le Conseil d'Etat à la mise au point d'un projet d'accord conçu par ce dernier et

dont l'acceptation revenait dans les faits à une acceptation de l'essentiel des options patronales. En contrepartie, le Conseil d'Etat a réservé un bon accueil aux revendications salariales du gros des troupes de la FSF en faisant payer la facture par le reste du personnel.

Afin d'empêcher SUD et le SSP de mobiliser contre cette manœuvre ceux qui étaient laissés-pour-compte, le Conseil d'Etat a refusé tout au long des « négociations » de fournir les informations qui auraient permis aux employé-e-s de mesurer les conséquences concrètes que le nouveau système aurait pour leur salaire, tout en affirmant dans toutes ses communications au personnel et aux mass media que Decfo-Sysrem apporterait à coup sûr un plus à une très large majorité des employé-e-s.

SUD et le SSP se faisaient marginaliser dans les « négociations », leurs efforts d'information sur les conséquences effectives du nouveau système suscitaient de l'intérêt chez les employé-e-s, mais aussi des doutes, et leurs tentatives de relance de la mobilisation rencontraient un écho faiblissant. Au début du mois d'octobre 2008, il semblait ainsi inéluctable que la mobilisation syndicale aboutisse à une défaite pour les victimes du nouveau système.

Un réveil salutaire

Puis est arrivé le 9 octobre 2008. Ce jour-là, chaque employé de l'Etat de Vaud trouve dans sa boîte une lettre du Service du personnel de l'Etat de Vaud (SPEV) comportant une fiche d'information qui lui expose le régime salarial qui lui sera réservé sous le règne Decfo-Sysrem. Cette soudaine confrontation avec les conséquences concrètes du nouveau régime a l'effet d'un détonateur. Les employés lésés comprennent que le Conseil d'Etat les a menés en bateau en leur faisant croire depuis plus d'un an qu'une petite minorité seulement d'entre eux allait être préteritée. Et ils se rendent compte que les syndicats SUD et SSP avaient eu raison de les

prévenir des défauts et des failles de ce nouveau système.

Mais la communication du SPEV confirme à une autre partie du personnel que Decfo-Sysrem leur apporte une amélioration salariale, à court terme du moins. Parmi les bénéficiaires du nouveau système figurent, outre les enseignants du primaire et du secondaire, les gendarmes, les employé-e-s de la Sûreté et les cadres supérieurs, de nombreux collaborateurs de tous les services, qui travaillent bien souvent côte à côte avec des employé-e-s qui sont perdants dans le nouveau régime.

Cette configuration de deux ensembles de salariés aux sorts diamétralement opposés pouvait conduire à la démobilisation. Ce n'est pas le cas. L'une des raisons est à rechercher dans le contenu singulièrement lacunaire des fiches d'information transmises par le SPEV: elles ne comportent aucune justification du nouveau traitement annoncé, mais en revanche un grand nombre d'erreurs administratives. Pour démêler cet écheveau, de nombreux employés réagissent en s'ouvrant à leurs collègues de travail et en cherchant des explications partout où ils peuvent les trouver. Les lieux de travail se transforment en autant de forums sur la condition salariale et les sites internet de l'Etat de Vaud et des organisations du personnel font l'objet d'un assaut en règle. Les renseignements trouvés par ce biais, loin d'éclaircir la situation de chacun-e, montrent que les renseignements donnés par le SPEV comportent systématiquement une ou deux pièces manquantes, ce qui empêche en fin de compte de comprendre la logique des choix. Or, aux yeux des salarié-e-s, ces choix manquent d'équité et de pertinence dans un très grand nombre de cas.

De plus, la mise au point d'un accord entre le Conseil d'Etat et la FSF avance à grand pas, ce qui laisse entrevoir une proche entrée en vigueur du nouveau régime.

Les chefs de service, le SPEV et le Conseil d'Etat sont

donc submergés par une avalanche de lettres, majoritairement individuelles dans un premier temps. Mais la réaction prend rapidement un caractère collectif.

Temps forts d'un mouvement porté par la base

Les premiers à se mobiliser de façon collective sont les enseignants du secondaire supérieur et des gymnases. Le 30 octobre, sur demande de nombreuses assemblées de service, mandant les syndicats SUD et SSP, se déroule une première journée de grève et de mobilisation. Se joignant aux enseignants du secondaire supérieur et des gymnases, une partie du personnel hospitalier du CHUV et de quelques services de l'administration cantonale arrête le travail. En fin de journée, les plus décidés se rendent devant le bâtiment hors de la ville où se déroulent les négociations. Peu nombreux, ils font toutefois preuve d'une combativité avec laquelle il faudra compter et qui donne de l'assurance à d'autres secteurs plus timides au départ.

Le 3 novembre, en dépit de la colère d'une partie du personnel, Conseil d'Etat et FSF signent un accord sur les modalités de mise en œuvre du nouveau système de rémunération et de classification. Fort de cet accord, le Conseil d'Etat peut présenter Decfo-Sysrem au Grand Conseil pour que ce dernier puisse adopter les quelques décisions législatives et financières nécessaires à sa mise en vigueur définitive. Dehors, les enseignants de plusieurs gymnases du canton soutenus par de nombreux élèves battent le pavé de Lausanne.

La signification de la signature de cet accord est claire pour tous les employés de l'Etat de Vaud: plus rien ne s'oppose désormais à la mise en vigueur de Decfo-Sysrem.

La mobilisation, nouvelle infidélité au « scénario » habituel, ne faiblit pourtant pas. Elle s'accroît, sur la base d'une revendication forgée par les deux fédérations qui n'ont pas approuvé l'accord, SSP et

SUD: la demande d'ouverture de négociations sectorielles pour revaloriser toutes les fonctions frappées par Decfo-Sysrem.

Du 3 au 11 novembre, la mobilisation va se renforcer et s'étendre: assemblées du personnel dans de nombreux services et lancement de grèves administratives (par exemple: rétention des notes ou des informations nécessaires à l'établissement de factures) en préparation d'une nouvelle journée de grève en ont constitué les deux éléments les plus forts.

Le 11 novembre des secteurs de salarié-e-s de l'Etat qui n'avaient jamais participé à un mouvement revendicatif se mettent en grève, rejoignant dans le mouvement le personnel hospitalier et enseignant. Cette journée est bien le point culminant du mouvement. Environ 800 délégué-e-s de sites en grève se réunissent dans l'après-midi et décident le lancement d'un préavis de grève de deux jours pour les 19 et 20 novembre.

En fin de journée, 8000 salarié-e-s défilent à Lausanne. Ce nombre doit être « multiplié » par la pluie qui tombe, et surtout par la détermination des manifestant-e-s et par leur créativité: des centaines de calicots, pancartes, poupées avaient été confectionnés, des dizaines de groupes scandaient et chantaient les slogans qu'ils avaient inventés au cours de la journée. Et une demi-heure après la fin de la manifestation, la musique et les tambours continuaient de résonner dans les rues.

Premiers fruits et suite incertaine

Le Conseil d'Etat réagit immédiatement. Alors que la phase de négociation est officiellement close depuis la signature de l'accord avec la FSF, le Conseil d'Etat convoque le jour après la grève les trois fédérations syndicales pour une séance de négociation le 20 novembre, pour traiter, comme le précise la lettre d'invitation, « la question des incohérences et imprécisions qui seraient apparues à la lumière de la communication aux collaboratrices et collaborateurs de l'Etat avant la bascule » de l'ancien système dans le nouveau. Parallèlement les deux conseillers d'Etat « socialistes » Anne-Catherine Lyon et Pierre-Yves Maillard rencontrent à plusieurs reprises les organisations syndicales pour revoir la classification de diverses fonctions de leurs départements respectifs, et le SPEV commence à modifier la classification de nombreux postes au coup par coup à la demande de chefs de service mis sous pression par leurs collaborateurs. Mais d'ajustement en adaptation, Decfo-Sysrem devient de plus en plus boîteux et illisible.

La mobilisation du personnel a donc gagné un certain nombre d'améliorations. Toutefois, la revendication centrale de revalorisation de toutes les fonctions malmenées par la réforme n'a pas été satisfaite. La négociation du 20 novembre n'a abouti à aucun résultat concret, à l'exception de la fixation d'une nouvelle séance de négociation le 4 décembre. L'ouverture esquissée par le Conseil d'Etat a en revanche conduit à l'ajournement des journées de grève décidées le 11 novembre.

Prévues au départ pour les 19 et 20 novembre, elles ont été reprogrammées dans un premier temps pour les 27 et 28 novembre et ensuite pour les 10 et 11 décembre en faisant dépendre leur tenue à chaque fois du résultat des négociations. SUD et le SSP ont présenté ces reports comme un moyen de pression sur la partie adverse; le Conseil d'Etat pour sa part a tenté d'user d'une tactique ancienne en jouant l'usure pour arriver à imposer sa volonté. L'épreuve n'est pas close au moment de mettre cet article sous presse. Le soufflé est certes un peu retombé, mais 1000 manifestant-e-s le 20 novembre et des assemblées du personnel fournies sur plusieurs lieux de travail démontrent que la résignation n'est pas à l'ordre du jour. Les titulaires des fonctions toujours malmenées peuvent compter sur la solidarité d'une partie au moins de celles et ceux qui ont obtenu des avantages et une partie du mouvement commence à s'installer dans une perspective de combat à poursuivre dans la durée, quelle que soit l'envergure de la mobilisation qui pourra être développée à court terme si le Conseil d'Etat devait camper sur ses positions.

Bilan intermédiaire

Si la ténacité des salariés qui se battent est remarquable, il faut se garder de surestimer les événements en cours. Decfo-Sysrem est entré en vigueur malgré le vaste mouvement de contestation de ces dernières semaines. Il n'a pas été possible d'échapper aux conséquences de la collusion entre le Conseil d'Etat et la FSF. En raison du déclenchement tardif du mouvement, les salariés lésés ont été contraints de se battre contre les conséquences d'une innovation dont l'introduction est d'ores et déjà inéluctable. Entrée en vigueur le 1^{er} décembre, elle modifie les relations Etat-salarié-e-s en profondeur. Le salaire d'une partie importante du personnel est individualisé. Etant tributaire du cahier des charges des postes de travail, il empêche les employé-e-s de se reconnaître dans leurs collègues qui exercent une activité comparable dans d'autres services. La dimension « managériale » du travail est valorisée au détriment des compétences requises pour fournir aux usagers des prestations et services de qualité. En l'état, les syndicats n'ont plus la possibilité d'intervenir de façon directe dans les procédures de classification des fonctions. Il sera plus difficile d'avancer des revendications salariales d'ensemble valables pour un secteur de l'Etat ou pour la fonction publique tout entière. Ces modifications vont obliger les syndicats à trouver de nouveaux bras de levier pour l'action syndicale, dans une situation où les salarié-e-s auront plus de peine à reconnaître leurs intérêts communs.

Le mouvement de ces dernières semaines a cependant aussi apporté du nouveau. Les employé-e-s de l'Etat de Vaud ont commencé à réfléchir sur leur situation salariale et leurs conditions de travail, ils ont refusé de subir des décisions d'autorité, ils se sont mis en mouvement avec leurs collègues, pour la première fois pour beaucoup, dans une lutte



La manifestation du 11 novembre. (photos V. Verissimo)

Les forums « Pour un syndicalisme des travailleurs et des travailleuses » appelés par le comité *Giù le mani delle Officine*

Une expérience à construire



«Giù le mani dal lavoro!»
Bellinzona, 31 mai 2008.
(photo MPS)

URS ZUPPINGER

Le comité tessinois «Giù le Mani delle Officine», un groupe de travailleurs et de militants syndicaux et politiques, soutient les ouvriers des Ateliers des CFF à Bellinzona depuis plus de 10 ans. L'action de ce comité n'est pas étrangère à l'intelligence et à la maturité avec laquelle les salariés de cette entreprise mènent depuis mars 2008 un combat exemplaire pour le maintien de leur lieu de travail en misant sur la combativité des travailleurs, le fonctionnement démocratique de leur action, le soutien régional et la maîtrise de la conduite de leur lutte face aux directions de leurs syndicats, le SEV¹ et Unia². En appliquant ces règles de conduite de façon conséquente ils ont réussi à s'imposer face à la direction des CFF et à la Confédération en tant qu'interlocuteurs tenaces et incontournables.

Fin mai 2008, ils avaient mis un terme à 35 jours de grève après avoir obtenu de la direction des CFF deux résultats essentiels :

- renonciation à la fermeture des Ateliers de Bellinzona, qu'elle avait décidée deux mois

1. Schweizerischer Eisenbahner Verband, syndicat signataire de la convention collective de travail des CFF
2. Dont les sections tessinoises sont très combatives et très autonomes par rapport à la direction nationale de ce syndicat.

plus tôt dans le cadre du programme d'assainissement de CFF Cargo, la division du trafic marchandises qui sombrait dans les chiffres rouges ;

- mise en route, de concert avec les travailleurs, d'une démarche de consolidation des Officine en vue de leur assurer un avenir à moyen terme.

Une initiative de rassemblement et de soutien

Simultanément à ce succès, ils prenaient l'initiative d'appeler le 31 mai 2008 à Bellinzona à un forum «Créer un, deux, cent Officine, pour un syndicalisme des travailleurs et des travailleuses». Cette convocation était une nouvelle preuve de la perspicacité des travailleurs des Officine et des militants et groupements qui les soutiennent. Leur but était double :

- S'appuyer sur l'audience de leur lutte pour rassembler des travailleurs et syndicalistes qui ne sont pas prêts de s'accommoder de la dégradation des conditions de travail et de vie que leur réserve l'évolution du régime capitaliste, qui doutent que la politique et les actions de syndicats «formatés» par la paix du travail et le partenariat social constituent pour les salarié-e-s la solution pour défendre leurs intérêts et qui cherchent des voies pour développer un syndicalisme plus adéquat ;
- Tester la possibilité de constituer au-delà du Gothard des réseaux et collectifs de militants qui soient en mesure de soutenir leur combat dans le reste de la Suisse.

Du 31 mai...

Dirigée par des ouvriers des Officine et alimentée par des militants qui les soutiennent sur place, cette première rencontre était très encourageante pour les participants. Plus de 200 travailleurs et militants syndicaux du secteur public et privé - du Tessin, de la Suisse et d'ailleurs - y ont participé.

La journée a débuté par des exposés sur la situation économique et sur l'état des rapports entre le patronat et les struc-

tures syndicales en place. Par la suite les participants se sont répartis dans des groupes de travail thématiques consacrés à des sujets tels que la situation sur le front des luttes ouvrières, le syndicalisme au féminin, la précarisation, etc. L'objectif était d'initier une pratique de discussion collective. La pièce élaborée durant la grève dans le cadre du laboratoire théâtral *Officina Donna* a fait une forte impression. Le débat sur les perspectives était animé par des dirigeants de luttes ouvrières et des militants de sections syndicales combattives.

De la journée, il s'est dégagé un désir partagé de poursuivre les échanges entre syndicalistes à l'échelon national et si possible international en organisant d'autres rencontres du même type. La nécessité de développer dans les différentes régions de la Suisse une activité locale de soutien aux travailleurs des Officine et à d'autres salariés qui engagent la défense contre l'offensive patronale s'est imposée comme une évidence.

La première de ces deux perspectives s'est concrétisée depuis lors. Un deuxième forum «pour un syndicalisme des travailleurs et des travailleuses» a eu lieu le 20 septembre avec un nombre équiva-

lent de participants et un troisième est en préparation.

... au 20 septembre...

La deuxième rencontre s'est signalée par la présence de travailleurs de l'entreprise INNSE à Milan qui se battent depuis des mois pour la reprise de la production face à un patron qui refuse d'entrer en matière sur cette revendication. Leur présentation a fait une très forte impression en raison de la détermination et de l'intelligence qui anime ce collectif de travailleurs qui persiste à se battre en dépit d'un contexte politique et social défavorable. Des syndicalistes allemands ont fait part de l'expérience difficile qu'ils mènent dans leur pays pour construire et faire exister un réseau de syndicalistes actifs, et les travailleurs des Officine ont exposé où ils en étaient dans leur lutte. Les participants se sont ensuite répartis une nouvelle fois dans des groupes de travail thématiques pour approfondir la réflexion collective sur des thèmes similaires à ceux du 31 mai. Le débat de synthèse a confirmé les conclusions du forum du 31 mai.

... puis au 7 février.

La troisième rencontre aura lieu le 7 février. Elle sera

consacrée à la récession dans laquelle l'économie capitaliste s'enfonce à l'échelle mondiale suite à la débâcle financière américaine et à laquelle l'économie suisse n'échappera pas. L'objectif sera de débattre des exigences qui découlent de cette nouvelle situation pour la défense des intérêts des salariés et pour des militants qui se réclament d'un syndicalisme des travailleurs et des travailleuses.

Le défi à relever en 2009

En dehors de ces échéances nationales, le bilan de ce qui s'est passé après le 31 mai 2008 est jusqu'à présent mince. Depuis fin mai 2008 il y a bien eu quelques assemblées de solidarité avec les travailleurs des Officine, exclusivement en Suisse alémanique. En Suisse romande rien ne s'est passé jusqu'à l'automne. Ici les premières projections du film de Danilo Catti, *Giù le Mani* viennent tout juste de se produire ou d'être à l'affiche. Quant à la construction d'un réseau de syndicalistes actifs, deux petites structures de coordination sont actives à Zurich et à Bâle sinon tout reste à faire. Il est indéniable que ce sera le défi à relever pour l'année prochaine. ■

Les salarié·e·s marquent encore un point!

L'absence d'un mouvement consistant de soutien à leur cause à l'échelle suisse n'a pas empêché les travailleurs des Officine de marquer encore récemment des points non négligeables face à la direction des CFF. Celle-ci vient en effet de décider une réorganisation interne impliquant le transfert des Ateliers de Bellinzona de la division transports de marchandises à la division transport de personnes. L'objectif est manifestement d'avoir les mains libres dans les négociations en cours en vue d'accords de coopération entre CFF Cargo et des géants européens des transports et de la logistique. Les travailleurs des Officine avaient depuis longtemps

compris que cette opération pouvait les mettre en danger. En adoptant une attitude ferme et combative, ils ont obtenu de la direction et du Conseil d'Administration des CFF le 28 novembre dernier, l'assurance écrite que les Ateliers de Bellinzona continueront à être en charge de l'entretien du matériel roulant de CFF Cargo jusqu'en 2013. ■

Voir sur www.labreche.ch «Une pause (ou presque...) de réflexion», entretien avec Gianni Frizzo, traduit de *Solidarietà*, bimensuel du MPS-Tessin

qui a ébranlé les rapports hiérarchiques, ils ont obtenu des résultats et découvert la nécessité de l'action syndicale. Cet apprentissage collectif est précieux pour demain. Il faudra savoir le faire fructifier lors des combats à venir...

Un dernier aspect mérite pour finir d'être soulevé. La mobilisation des employé-e-s de l'Etat de Vaud de ces dernières semaines n'a pas été comprise par de larges couches de la population et de salariés du secteur privé. Pour dépasser cette incompréhension, il aurait

fallu s'adresser à ces couches en démontrant les conséquences néfastes des diverses transformations que connaît l'Etat, principalement sur les prestations et les services rendus aux usagers. Mais peut-on tenir rigueur au mouvement de ne pas l'avoir fait? Son déclenchement a été largement spontané. Toutes les énergies ont été consacrées à arracher des modifications de dernière minute à un projet porté par une puissante offensive patronale, alors que celle-ci était déjà presque arrivée à son but.

Il faudra en revanche s'en préoccuper à l'avenir. Les employé-e-s et leurs organisations ne pourront se contenter de poursuivre l'action syndicale en essayant «simplement» de la renforcer. Il faudra commencer ou recommencer à réfléchir au rôle de l'Etat et au sens des activités que ses employé-e-s déploient à son service. Ces activités connaissent aujourd'hui, sous le coup des restrictions budgétaires et de l'offensive néo-conservatrice en cours, une redéfinition qui en restreint le champ d'activités, rendant la

qualité des prestations moins fiable et les conditions de travail de milliers d'employé-e-s de l'Etat plus difficiles. Il faudra se donner les moyens de participer à la discussion sur l'école, sur la santé et sur d'autres activités publiques en mettant ces réalités sur la table, réalités dont les employé-e-s de l'Etat sont bien placés pour témoigner. C'est l'un des moyens dont ils disposent pour arriver, de concert avec les usagers, à empêcher des dégradations ultérieures. La difficulté de faire des pas en avant sur cette voie

ne doit pas être sous-estimée, mais c'est en réussissant à les vaincre qu'il sera possible de gagner le soutien de la population et des salarié-e-s du secteur privé. Et sans ce soutien les employé-e-s du secteur public n'auront pas gain de cause face aux attaques qui continueront à s'abattre sur eux dans les années à venir. ■

Les call center: une nouvelle de la communication à flux t

Quiconque souhaite ouvrir un compte bancaire ou a un accident de voiture devra, tôt ou tard, répondre aux questions posées par un téléopérateur ou une téléopératrice. Souvent il devra attendre longtemps avant d'obtenir un interlocuteur «au bout du fil». Alors, la patience est mise à rude épreuve et la conversation peut devenir tendue voire à la limite des règles de la politesse. Mais qui se cache «au bout du fil»? Qui y a-t-il derrière des voix inconnues, en l'apparence anonymes? Pourquoi sommes-nous contraints d'entrer en interaction avec ces «voix»? Pour répondre à ces interrogations, nous nous sommes entretenus avec une employée d'un call center en Suisse alémanique.



La brèche – En quoi consiste ton travail?

Le call center dans lequel je travaille entretient des relations avec plusieurs grands clients. Les prestations proposées sont multiples: certains collègues font des enquêtes de marketing, tandis que d'autres répondent à des demandes commerciales. Depuis deux ans, je m'occupe uniquement de la prise en charge des sinistres dans le domaine de la santé, les accidents notamment. Auparavant mon travail consistait à vendre les produits d'une entreprise de télécommunications. Il s'agissait de la vente «proactive» qui se résumait à appeler des personnes à leur domicile afin de leur vendre des abonnements téléphoniques. C'était après la privatisation de Swisscom...

Ensuite, on m'a choisie pour un travail qui exige plus de précision. Le call center avait besoin d'un personnel étant au service d'une petite assurance qui sous-traite ainsi la prise en charge des déclarations ayant trait aux sinistres accidents.

Comment expliques-tu la sous-traitance de certaines activités à ce call center?

Les supérieurs nous disent que l'entreprise s'est spécialisée dans les relations téléphoniques et que, par conséquent, nous fournissons un travail d'une plus grande qualité. Cette réponse ne me satisfait pas vraiment. Je crois plutôt que la sous-traitance permet aux grands clients du call center de comprimer les coûts en exerçant de la pression sur les conditions de travail des télé-

opérateurs. Même si nous ne nous apercevons pas directement lorsque nous travaillons, nous ne devons pas oublier que notre call center est en concurrence avec d'autres call center...

Comment décrire l'activité des téléopérateurs?

Le travail est avant tout très taylorisé, donc très normé et répétitif. Nos compétences sont limitées uniquement à la saisie des avis de sinistres accidents; dès lors, nous ne faisons que cela pendant toute la journée, comme des machines.

Les questions que nous posons aux clients sont toujours les mêmes. Au bout de quelques mois on les connaît par cœur... Mais je dois tout de même préciser que nous ne sommes pas pour autant des machines, même si nous sommes souvent tentés de le croire.

Ce n'est pas le client mais le téléopérateur qui doit mener l'entretien téléphonique! Comme c'est le patron qui promène son chien et non pas l'inverse, en général... Par conséquent, le travail est aussi très usant. La qualité du son est souvent mauvaise lorsque le client nous appelle avec son téléphone portable. Cela nous demande un effort de concentration supplémentaire. Nous sommes obligés de nous répéter plusieurs fois, à haute voix, afin que le client nous comprenne. Mais les entretiens pèsent sur nous aussi lorsque le client n'est pas de bonne humeur ou lorsque nous devons faire face à un grand nombre de sinistres complexes et difficiles à comprendre et ainsi à entrer de manière correcte les données.

De quelle manière l'assurance sous-traitante exerce-t-elle sa pression?

Lorsqu'on entre pour la première fois dans un call center, on est frappé par l'atmosphère tendue, par le bruit et le stress que l'on peut ressentir. L'activité se caractérise par la combinaison du flux tendu et d'un sous-effectif permanent de téléopérateurs. Cela est «mortel» pour nous.

Je m'explique. Nous sommes contraints de prendre note du sinistre de chaque client qui appelle, peu importe le nombre de personnes qui travaillent. Nous ne pouvons pas reporter au lendemain les entretiens téléphoniques puisque de nouveaux clients appelleront. Or, comme souvent il n'y a pas un nombre suffisant de téléopérateurs qui peut faire face au nombre d'appels entrants, jusqu'à dix personnes attendent «au bout du fil» pendant que tous les téléopérateurs travaillent à plein rythme. Nous pouvons voir ce chiffre sur notre ordinateur. Quand le nombre de personnes en attente dépasse les dix, l'écran commence à clignoter. Cela nous pousse à travailler plus vite encore, au détriment de la qualité de notre entretien téléphonique. Il m'arrive de faire comprendre au client que l'appel doit se terminer, même s'il y a des questions qui restent encore en suspens. Chaque fois nous devons donc choisir entre les exigences de qualité et de quantité qui nous sont imposées par la direction.

Qu'entend l'entreprise par un travail de qualité?

A côté de nos bureaux se trouve un tableau sur lequel est indiqué un ensemble d'objectifs qui doivent être atteints et les résultats hebdomadaires du call center. Il s'agit notamment d'avoir plus de 85% d'appels recevant une réponse au cours des 30 premières secondes. Il faut aussi que le nombre d'appels abandonnés par les clients soit inférieur à 3%.

Ces chiffres ne sont pas négociés avec le personnel. Ils mesurent la qualité d'un point de vue quantitatif. Lors des entretiens d'évaluation individuels, l'employé sait dans quelle mesure il atteint – en tant qu'unité isolée – ces objectifs. Mais l'entreprise exige également de nous-mêmes une autre qualité, qui n'est pas mesurable avec des chiffres. Il s'agit de la satisfaction du client à la fin de l'entretien téléphonique. Pour nous la qualité ce n'est que ça et rien d'autre. Notre travail prend du sens lorsque les clients nous remercient et avant de raccrocher nous disent: «Au plaisir.» Mais nous ne pouvons pas toujours l'entendre. Tant qu'il n'y a pas de réclamations, la direction s'intéresse uniquement à la qualité mesurée quantitativement.

La direction de l'entreprise est-elle «consciente» du stress ressenti par les téléopérateurs?

Je crois que oui. C'est pourquoi la pression que subissent les téléopérateurs est due selon moi à une gestion du personnel par le stress. Plus on nous met la pression et plus nous sommes productifs... La direction organise régulièrement des

cours donnés par des consultants externes, censés nous aider à supporter ces conditions de travail difficiles.

Ils nous disent que la maîtrise des images que notre cerveau produit pendant l'activité diminue considérablement le stress. Cela signifie concrètement que nous devons nous concentrer seulement sur la conversation téléphonique en cours et oublier qu'il y a dix personnes «au bout du fil» qui attendent une réponse. Nous avons cherché à expliquer à ces consultants que cela nous paraît absurde puisque cela ne correspond pas au travail réel des téléopérateurs. Nous ne pouvons pas ignorer l'écran qui clignote ou le client qui nous «réprimande» puisqu'il a attendu 15 minutes au téléphone. Mais la direction ou les consultants ne veulent pas entrer en matière sur tout ce qui touche à l'organisation du travail.

Le travail de téléopérateur comporte-t-il des risques pour la santé?

L'organisation du travail en vigueur ne prévoit pas de temps morts. Lorsqu'il y a trop d'appels entrants, un collègue est déchargé de ses fonctions habituelles pour mettre une partie des clients sur une liste, pour qu'on puisse les appeler pendant les heures creuses. Nous sommes donc censés travailler sans arrêt. Par conséquent, plusieurs collègues dénoncent une situation de fatigue chronique le soir; d'autres peinent à avoir un sommeil serein. Nous avons indiqué ces problèmes à la

direction, afin de prévenir d'éventuelles maladies.

Le seul «remède» qui nous est proposé consiste à diminuer le temps de travail hebdomadaire, avec les conséquences salariales qui en découlent. La prévention, si on peut la qualifier ainsi, est donc à la charge des employé-e-s: ils peuvent choisir d'avoir moins d'argent sur la fiche de paie.

Les rythmes sont si élevés que cette année deux employés se sont absents plusieurs mois à cause d'un «burn-out», tandis que quatre fraîchement embauchés ont décidé de démissionner pendant la période d'essai.

Parfois il arrive que trois ou quatre employés sur vingt soient malades en même temps, durant plusieurs jours. Alors le travail est plus intense pour ceux qui continuent à répondre aux appels. Le risque existe que se déclenche un effet «boule de neige» avec le nombre de collègues malades qui s'accroît rapidement. Je me rappelle qu'un jour nous avons atteint le record d'un tiers des effectifs absent pour cause de maladie!

Le stress peut donc se retourner contre l'entreprise elle-même si tous les employés deviennent malades. D'après tes explications, la direction ne semble pas prendre au sérieux ce risque.

Ce n'est pas vraiment ainsi. Depuis le début de l'année, la direction met sous pression les collègues embauchés à temps partiel pour qu'ils travaillent sur appel en dehors du temps de travail prévu dans leur contrat. L'employé doit être

Les usines tendus.

joignable pendant la journée. Il sera appelé en cas de surcharge de l'activité. Les jours où plusieurs collègues sont malades, il y a de grandes chances que cet employé soit appelé et qu'il doive se rendre au bureau dans l'heure qui suit. Par le travail sur appel, la direction souhaite adapter l'emploi du personnel à la variation imprévisible de l'activité. En d'autres termes, au lieu d'embaucher de nouveaux téléopérateurs, elle préfère allonger les heures de travail. L'employé ne recevra aucune compensation s'il n'est pas appelé, mais il aura un salaire majoré de 25% s'il va travailler. On voit donc bien que le travail sur appel ne coûte pas grand-chose à l'entreprise.

L'introduction du travail sur appel ne rencontre-t-elle aucune résistance ?

Les résistances existent, mais elles sont individuelles. Elles s'expriment notamment par le refus de travailler sur appel. Mais il faut aussi savoir que la direction n'est pas dupe. Dans un premier temps, elle demande aux téléopérateurs de travailler un soir ou un week-end par mois seulement. Un grand nombre de collègues, les plus jeunes surtout, se sont mis à disposition puisqu'on ne leur a pas demandé grand-chose, si ce n'est un « service » en échange d'horaires plus convenables.

Ce compromis n'a pas duré plus que quelques mois. La direction a décidé de généraliser le travail sur appel en demandant à ces mêmes personnes de se mettre à disposition deux ou trois jours par semaine. Comment ces collègues peuvent-ils refuser après avoir accepté de rendre un « service » la première fois ? Ils ont mis le doigt dans le mécanisme.

Tu mentionnes un exemple de résistance individuelle. Mais n'y a-t-il jamais eu une lutte collective ?

Oui. Je me rappelle qu'il y a deux ans la direction a refusé de donner des vacances durant la semaine qui suit les jours fériés de Pâques. Vous pouvez imaginer l'insatisfaction de tous les téléopérateurs qui ont été obligés de travailler bien que leurs enfants soient à la maison. Or cette semaine-là, il n'y a pas eu un grand nombre d'appels et, pour une fois, nous étions clairement en sureffectif. La direction a donc exigé de récupérer nos heures supplémentaires et de rentrer à la maison, même si nous n'avions pas pu organiser un voyage de vacances avec nos enfants, par exemple. A cette exigence de la direction nous avons tous refusé de donner suite. Ce

n'était vraiment pas possible de faire autrement, à moins de renoncer à notre propre dignité. Nous avons donc décidé ensemble que personne ne quitterait le poste de travail.

Y a-t-il des activités syndicales dans ton entreprise ?

Non, aucune. Il y a trois ans, une pétition a été lancée. Je sais que certains d'entre nous sont affiliés à un syndicat, mais ce thème reste un tabou. Nous sommes une vingtaine d'employés, à 90% des femmes, et la rotation du personnel est considérable. Depuis trois ans, seuls 25% des collègues sont restés dans le call center, dont moi-même. La plupart d'entre nous ont été marqués par la précarité avant d'être embauchés dans cette entreprise, que ce soit à cause du chômage ou du travail temporaire dans d'autres call center, où les salaires sont encore plus misérables.

Je dois aussi préciser que la moitié des téléopérateurs est embauchée avec un contrat à durée déterminée. Comment voulez-vous qu'il y ait une activité syndicale dans ces conditions ? Nous n'avons que deux possibilités pour améliorer nos conditions de travail : chercher un autre boulot ou espérer une promotion. Que peuvent faire les syndicats s'ils ne sont pas actifs dans l'entreprise ? Avant toute chose, nous devrions réussir à combiner une résistance individuelle avec une résistance collective.

Qu'est-ce qui s'est passé à propos de la pétition à laquelle tu as fait allusion ?

C'est vrai... nous avons presque tous signé une pétition adressée à la direction. A l'époque je travaillais encore dans la vente « proactive » et les conditions de travail étaient devenues inacceptables durant plusieurs mois consécutifs. Les collègues tombaient malades, les uns après les autres, et la direction souhaitait que nous vendions encore plus de contrats téléphoniques pour tenir ses objectifs...

C'est à ce moment-là qu'un collègue a pris l'initiative de lancer une pétition. La direction n'a pas répondu aux questions soulevées. Elle a seulement donné à chaque téléopérateur une prime exceptionnelle de 750 francs pour calmer un peu le jeu. Du personnel a été rapidement embauché. Toutefois, six mois après, nous nous sommes retrouvés dans la même situation qu'au départ, puisque les collègues qui ont démissionné n'ont pas été remplacés. Au jour le jour chacun tire la corde de son côté. Néanmoins cette pétition a été

très importante pour ceux et celles qui continuent à travailler. Elle nous a montré qu'il était possible d'exprimer une résistance à des conditions de travail qui devenaient de plus en plus dures.

On sait que les conversations téléphoniques des téléopérateurs sont systématiquement enregistrées. Les syndicats affirment que cela est une des raisons majeures à l'origine du stress. Est-ce vrai ?

La direction sait exactement ce que nous disons au téléphone, mais aussi le temps moyen de nos conversations téléphoniques, le temps pendant lequel notre téléphone n'est pas disponible pour recevoir des appels et le nombre d'appels auxquels nous répondons pendant la journée. Ils savent vraiment tout ! Les nouvelles technologies informatiques permettent une surveillance qui n'a pas grand-chose à envier avec celle de l'Allemagne de l'Est avant la chute du Mur...

Je crois toutefois qu'il y a d'autres raisons, déjà évoquées dans cet entretien, qui sont à l'origine du stress. Au contraire, cette surveillance peut se retourner contre la direction elle-même dans certains cas. Par exemple, lorsque nous demandons que des heures supplémentaires soient compensées. A cette occasion personne ne peut tricher puisque toute activité a laissé des traces.

Mais alors quels remèdes proposes-tu pour diminuer le stress des téléopérateurs ? Encore plus de surveillance ?

Bien sûr que non. La solution me semble bien plus simple : il faut qu'il y ait plus de personnel. Mais cela ne va pas de soi. Moi je suis persuadée que le travail des téléopératrices est indispensable au bon fonctionnement de l'assurance, puisque celle-ci ne peut pas vendre ses contrats si les sinistres ne sont pas remboursés ou si la clientèle n'est pas satisfaite. ■

En Bref

Les « arnaqueurs » ont encore de beaux jours devant eux...



La manifestation organisée « contre les profiteurs et leurs arnaques » par l'Union syndicale suisse sous le titre « Plutôt l'AVS que les arnaques ! » n'avait pas attiré la foule des grands jours à Zurich le 15 novembre : 2000 à 3000 personnes, dont une bonne part de membres des appareils syndicaux. Le sauvetage de l'UBS est largement vu comme un scandale, mais aussi comme un moindre mal, en l'absence d'une véritable alternative politique et syndicale, que les champions de la « concordance » refusent d'envisager. Réflexe confirmé 2 semaines plus tard par le vote sur la flexibilisation de l'âge de la retraite.



Banderole du BFS-MPS: Ce n'est pas aux salarié-e-s de payer la crise. Expropriation des banques – Hausse massive des salaires – Développement des services publics. (photos USS et MPS)

Pirates? vous avez dit pirates?

Frégate française, vedette indienne, bâtiments russes et américains... branle-bas de combat au large de la corne de l'Afrique pour rétablir la Loi et l'Ordre en mer, menacés par les « pirates ».

C'est que, comme le signale *L'Hebo* du 27 novembre 2008, « les pêcheurs locaux, privés de ressources du fait de la surpêche internationale, se sont lancés dans la piraterie ».

Autrement dit : les premiers pirates, ce sont ces flottes de pêche industrielle ! A quand l'intervention d'une armada internationale chargée de faire respecter les quotas de pêche et garantir le renouvellement des ressources en poissons ?

A moins que le fait que flottes de guerre et flottes de pêche arborent les mêmes pavillons rende cette perspective peu probable...

L'arrière-plan de cette tragédie est analysé par la *Revue La brèche* n° 4, dans l'article de Brett Clark et Rebecca Clausen, « La crise océanique ».

Ils relèvent notamment :

« Les chalutiers industriels sont descendus dans les eaux africaines pour peigner leurs mers à la recherche des marchandises poissonnières tant convoitées. Durant les trente dernières années, les populations africaines de poissons dans l'océan ont diminué de 50% et des milliers de pêcheurs locaux ont été réduits au chômage. »



Assurance-maladie: La mise au point de la vraie contre-réforme

BERNARD BOVAY

Le 1^{er} juin 2008, les citoyennes et citoyens rejetaient le contre-projet constitutionnel fédéral intitulé: «Pour un système de soins plus efficace et de meilleure qualité grâce à une concurrence accrue». Ce contre-projet était censé contrecarrer une initiative de l'UDC (Union démocratique du centre). Elle avait pour titre: «Pour une baisse des primes d'assurance-maladie». Cette initiative avait été lancée en janvier 2003 et déposée le 27 juillet 2004, avec 102 000 signatures.

Face au contre-projet des Chambres, elle a été retirée à l'avantage de ce dernier. Une large campagne d'opposition à ce contre-projet a été menée, entre autres sur le thème: «Non aux pleins pouvoirs des assurances maladie». Elle a abouti à un succès. Pour rappel, le contre-projet a été refusé par 69,5% des votants, avec une participation de 44,81%, ce qui est relativement élevé, selon le standard historique.

Contourner le vote de juin 2008

Une des questions qui firent débat avait trait à ladite «liberté de contracter». Autrement dit, au droit des assurances d'établir la liste des médecins agréés et autres prestataires de services de santé et de l'imposer à leurs «assurés». Il n'a pas fallu attendre un mois avant que la contre-offensive des assurances soit lancée. Ou plus exactement qu'elle continue sur la même orientation. Ainsi, le Forum santé pour tous (FST) – dont la coprésidente est l'ex-présidente du Parti radical démocratique suisse, Christiane Langenberger – consacrait son bulletin «d'information» de juillet-août 2008 au thème: «L'influence du marché et de la concurrence sur le management de la qualité va certainement s'accroître même [sic!] au sein du système de santé suisse.» Le FTS – on ne craint pas les oxymores chez les assureurs – est un repaire de la droite parlementaire et un instrument des assurances maladie.

Le 27 août 2008, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique (CSSS) du Conseil des Etats se prononçait à la majorité «en faveur de l'élaboration d'un modèle d'assurance de base duale. Il s'agit de donner aux assurés, dans le cadre de l'assurance obligatoire, le choix entre deux modèles: le modèle de base [modèle B], qui correspond à la réglementation en vigueur, et le modèle dit contractuel («Vertragsmodell») [modèle C], dans lequel fournisseurs de prestations et assureurs jouissent de la liberté de contracter.»

L'urgence d'avancer en la matière était soulignée. Le

22 août, santésuisse, l'organe faîtière des caisses maladie, proposait un système dual, sous le prétexte de trouver une issue au moratoire portant sur l'installation des médecins.

De cette chronologie ressortent deux traits forts de la politique helvétique. Le premier: le résultat d'un vote est au maximum un petit caillou sur l'autoroute empruntée par les véritables décideurs et leurs représentants au Conseil fédéral. Le second: lorsque les décideurs décident, ceux qui doivent appliquer les décisions au plan législatif ou constitutionnel s'empressent de répondre aux injonctions; d'autant plus qu'une fraction des parlementaires de milice sont des professionnels du lobby des assurances, des banques, de l'industrie, etc.

En outre, il ne faut pas oublier les recettes de la cuisine parlementaire helvétique. Généralement, une première proposition est lancée par un acteur intéressé. En l'occurrence, il s'agit ici de l'assurance Helsana. Cette dernière, le 21 avril 2008, proposait déjà, en gros, un modèle du type de celui en voie de formulation, actuellement, par la CSSS.

Comme très souvent dans la législation helvétique, le ver est déjà dans le fruit. En effet, dès l'introduction de la LAMal (votation en 1994 et entrée en vigueur en 1996), l'article 62 était conçu pour permettre des modèles alternatifs d'assurance par rapport au modèle de base avec obligation de contracter, ce qui signifie l'impossibilité pour les caisses maladie de choisir et d'imposer un groupe restreint et agréé par elles de médecins ou d'institutions de santé. Les modèles alternatifs n'ont pas pris de suite leur envol. Ils sont restés à la marge. La plupart des caisses maladie ont certes mis en place des réseaux de santé. Mais leur essor est resté limité. Il s'agit donc pour elles de débloquent cette situation. C'est ce que doit permettre le système dual. La terminologie la plus utilisée pour désigner ce système et les différents modèles possibles est celle de managed care (réseau de santé).

Les prestataires de soins pris en tenaille

La CSSS du Conseil des Etats a initié ses travaux dès août 2008, en examinant un projet venant du Conseil fédéral, qui n'a pas entendu longtemps après la votation de juin. La CSSS, dans un communiqué de presse consacré à l'avance de ses travaux cet automne, affirmait s'être penchée sur «l'élaboration d'un modèle d'assurance de base duale (Forster/Oggier)». Elle réaffirme la volonté d'imposer un tel projet le plus rapidement possible et

déclare que «la commission a engagé la discussion par article de manière à pouvoir procéder au vote lors de sa prochaine séance, agendée au 24 novembre 2008».

Ce communiqué a suscité une réaction, limitée, de la FMH (Fédération des médecins suisses). Elle publiait, en date du 29 octobre, un communiqué indiquant que la FMH réalise (enfin?) les avancées de la CSSS visant à imposer un système dual. La FMH souligne que la CSSS ne tient pas compte du vote populaire et découvre qu'«une fois de plus le lobby des caisses-maladie fonctionne et que leurs cinq représentants siégeant à la CSSS ont réussi à s'imposer».

Ce texte est marqué du sceau d'un certain angélisme. En effet, la FMH conclut: «Il est urgent que les membres de la CSSS se remémorent quels sont les devoirs et les tâches d'une commission.» En l'occurrence, la CSSS du Conseil des Etats applique une norme de fonctionnement, dans ces domaines, qui est usuelle, bien que pas démocratique, au sens le plus élémentaire du terme. Cette réalité devrait être saisie par la FMH afin de pouvoir mener une nouvelle bataille plus décidée, dans l'avenir, contre un projet qui mûrit rapidement.

En effet, ce projet vise à affaiblir fortement la position des prestataires de soins face aux assureurs, qui deviennent de vrais entrepreneurs de soins, à partir de leur position monopolistique d'acheteur (monopole).

Le projet élaboré par la CSSS, sur proposition de l'exécutif fédéral, prévoit la levée du moratoire gelant l'ouverture des nouveaux cabinets de médecins, moratoire introduit en 2002. Son échéance devrait être fixée par les Chambres à fin 2009. Se combine avec cette mesure l'option du managed care (réseau de santé) qui s'ajouterait à une option de libre choix du médecin, soit donc un système dual.

Le système dual est présenté par les autorités et la CSSS comme permettant de mettre fin au «gel des admissions» (moratoire) qui ne pouvait certes qu'être temporaire. En fait, une fois le moratoire levé, le flux de «jeunes médecins» reprendra. Ces derniers seront plus disposés à être «accueillis» par les structures de réseaux de santé (managed care) promues par les assurances maladie. Plus généralement, la conjonction entre la fin du moratoire et le modèle de «coopération» (modèle C) proposé par santésuisse (voir plus bas) va mettre sous une très forte pression une grande partie des médecins. Ils subiront, simultanément, la concu-

rence des nouvelles installations de cabinets et les conditions que dicteront les assureurs lors de la mise en œuvre des «modèles» avec liberté de contracter.

Premiers éléments sur les modèles B et C...

Afin de mieux saisir ce qui se concocte de manière accélérée au plan législatif, il est utile d'examiner les modèles présentés, dès août 2008, par santésuisse. Leur logique est d'introduire deux types – et davantage suivant les combinaisons – d'assurance-maladie.

1^o Dans le modèle baptisé B – qui correspond dans les grandes lignes au modèle de base actuel – les prestations de base (assurance de base-LAMal) sont maintenues. Du moins, c'est ce qui est affirmé aujourd'hui. Toutefois, la pression pour les réduire et, surtout, pour ne pas les adapter aux nouvelles possibilités d'examen, de médication et de soins reste grande.

2^o Dans le modèle C – dit «modèle de coopération» – il est prévu que le catalogue des prestations de base doit être au moins égal à celui défini pour le modèle B. Toutefois, il est possible de l'élargir. Dès lors, des différenciations seront introduites en ligne avec différents types de contrats. Cela sera lié au niveau des primes. Un catalogue minimum existera – avec ses possibilités de modifications comme pour le modèle B – et s'ajouteront des prestations renvoyant à une échelle de primes.

Ce qui accroît le différentiel d'accès à certains soins, cela en rapport avec l'inégalité des revenus. En outre, si l'assuré est membre d'un réseau de santé (managed care), l'estimation des prestations nécessaires – même si elles sont prévues dans le catalogue de base – reviendra au réseau, qui lui est soumis aux exigences de rentabilité déterminées par l'assureur de ce réseau.

3^o Le «modèle de coopération» (modèle C), mentionné ci-dessus, est caractérisé par santésuisse comme étant un modèle où «la collaboration est définie librement entre les assureurs et les fournisseurs de prestations». Un contrat existe donc entre ces deux parties. Le «librement» a ici la même valeur que le terme «liberté de contracter». En réalité, cette «liberté» n'est autre que la détermination d'une liste de médecins agréée par les assureurs et, conjointement, un type de pratique médicale que les assureurs vont forger et placer sous le contrôle de leurs «médecins conseil».

Le «librement» dans le rapport entre assureurs et fournisseurs de soins est du même

ordre que la possibilité pour un particulier, d'une part, de discuter les termes et conditions d'un contrat d'assurance lors de sa signature et, d'autre part, de trouver une «marge de manœuvre» une fois l'assurance conclue.

4^o Dans le modèle C, «il est possible de changer de modèle chaque année, sauf si une durée de contrat plus longue a été convenue». Dans cette phrase le terme le plus important est la préposition «sauf».

Pour les assureurs, les clients sains et saufs seront ceux qui signeront un contrat de longue durée. C'est le moyen d'avoir des assurés captifs, ce qui est une pratique bien connue de la «libre concurrence»! Et il y a peu de doute que les assureurs introduiront des clauses qui, sous la formule «d'un commun accord», permettront de se débarrasser de certains «cas particuliers». D'autres clauses seront trouvées, sans difficulté – telle que la non-acceptation par l'assuré malade de la solution thérapeutique proposée – pour mettre fin à un contrat.

... et d'autres éléments encore plus inquiétants

Dans le modèle C, la détermination des primes «est libre»; elles devraient être fixées selon des principes «actuariels» et les primes seront différentes selon les régions.

5^o Actuellement, une caisse maladie, pour une région donnée, doit proposer une prime indépendante des facteurs qui influencent individuellement le risque pour les adultes de 25 ans et plus.

Une personne âgée, en moyenne, «coûte» plus cher. Afin d'éviter des effets de sélection de «bons risques» (soit des assurés jeunes et en bonne santé), il existe une compensation des risques, selon l'âge et le sexe, entre les différentes caisses. Les caisses dont le cercle des assuré-e-s comporte, par exemple, plus de personnes âgées que la moyenne reçoivent des caisses dont le cercle des assuré-e-s a une moyenne d'âge inférieure une compensation qui leur permet – en théorie – de faire face à des frais plus élevés.

Cette compensation des risques n'empêche toutefois pas une sélection rentable du profil de leurs assurés. Cela contraint d'ailleurs les autorités à chercher sans cesse des critères supplémentaires censés permettre une effective compensation et une sélection amoindrie. Toutefois, cette recherche est vouée à un échec relatif.

Avec le modèle C, les termes «actuariels» et «libres» acquièrent toute leur importance. Par «actuariel», il est entendu que la prime

devrait correspondre aux «risques», c'est-à-dire aux coûts probables de chaque assuré, augmentés des frais et d'une marge bénéficiaire, placée sous le contrôle de la «concurrence» entre des caisses maladie jouissant d'une position oligopolistique. Ce qui veut dire qu'elles ont l'aptitude de fixer d'un commun accord leur marge bénéficiaire.

Dans la foulée des termes «actuariel» et «libre» seront remis en question des critères ayant encore une légère teinte sociale, tels que des primes différenciées selon l'âge.

Par «libre», il faut saisir que les caractéristiques déterminant les primes pourront être choisies selon le pouvoir discrétionnaire des assureurs, qui s'appuieront sur ladite théorie des risques ou du «moral hazard» (voir ci-contre).

Pour illustration, on peut faire référence aux primes d'assurance automobile. On a vu surgir sur une base clairement «actuarielle» – à défaut d'être publique et vérifiable – des critères tels que l'âge, la nationalité, la couleur de la voiture, etc. pour la détermination des primes et, de fait, du choix des assurés.

La «compensation des risques» peut amortir les effets du «libre» et de «l'actuariel», mais cela n'empêchera pas le déroulement du mécanisme décrit.

En outre, grâce au modèle C, il sera possible de canaliser les «mauvais risques» (malades chroniques, etc.) vers le modèle B (avec le danger de hausse des primes) ou vers un réseau ayant des primes plus abordables, mais dictant des pratiques de soins très «contrôlées», autrement dit pouvant être pénalisantes pour la personne malade.

6^o Dans les modèles B et C, la compensation des risques pourra prendre un profil méconnu jusqu'à maintenant. Les critères d'âge et de sexe constituaient le pilier du système de compensation. Afin que les assureurs puissent justifier l'utilisation la plus «libre» possible des critères permettant la fixation de primes différenciées, le critère de morbidité est introduit.

Cela devrait, officiellement, empêcher une désolidarisation, en termes de prime, entre malades et bien portants. Or, le critère de morbidité – soit l'ensemble des causes pouvant produire une maladie – conduit à une exigence de «transparence» qui doit donner accès au maximum d'informations pour l'assureur. Cela implique que l'assuré devrait être scanné, sous toutes les facettes, afin que l'assureur puisse le classer dans la «bonne case» des risques.

En théorie, comme l'explique Erika Forster (modèle Forster/Oggier), ce mécanisme devrait permettre de perfectionner la compensation des risques. Dans les faits, il y a là un instrument qui va permettre une sélection plus fine du cercle des assurés et une modulation des primes en conséquence.

Pour un système de compensation des risques, le nombre de critères permettant de quantifier la morbidité doit être relativement limité pour être applicable par l'ensemble des compagnies d'assurances participant au pool de compensation. Par contre, chaque compagnie pourra utiliser un nombre plus important de critères pour la fixation de ses primes. Cela lui permettra de fragmenter au mieux son marché, selon l'intérêt de chaque assurance face à sa « concurrence ». Par marché, il faut entendre ici l'ensemble des classes de risques incarnées par les assurés.

En effet, si une compagnie d'assurances utilise un critère

(non inclus dans la compensation des risques) permettant de classer les assurés entre meilleurs risques et moins bons risques, elle pourra proposer une prime inférieure pour les « bons risques » et des primes supérieures pour les « mauvais risques ». Si une autre compagnie ne fait pas de distinction de primes à partir du même critère. Dès lors, malgré la compensation, la fragmentation du marché va se faire, avec l'éventail des primes lié à l'état de santé de l'assuré.

7° Dans le modèle B et C, une modification de la quote-part est introduite. Par quote-part on entend la part de ce que paie l'assuré des frais une fois la franchise dépassée (médecins, médicaments, hôpital, etc.). La quote-part s'élève actuellement à 10%. Elle est limitée à un maximum de 700 francs par

année. Santéuisse propose de la faire passer à 20% et de porter le plafond annuel à 1200 francs.

Dans le modèle C, il est envisagé de réduire ces montants, afin de stimuler l'adhésion à des réseaux. Dès lors, l'augmentation se concentrera sur le modèle B.

8° Dans les deux modèles, il est prévu de ne pas modifier l'éventail des franchises. Pour un adulte, la franchise minimum resterait à 300 francs par an; la franchise maximum se situe à hauteur de 2500 francs.

En fait, santéuisse veut tendre à ce que le nombre d'assurés « choisissant » une franchise élevée augmente. Comment? Actuellement, pour éviter une « désolidarisation » trop grande, les caisses maladie ne peuvent pas fixer selon leur bon vouloir les primes pour les franchises élevées, c'est-à-dire que la baisse de la prime est dans ce cas relativement limitée. Cette règle a été introduite pour éviter qu'il soit préférable de choisir la franchise la plus élevée, même pour les années

au cours desquelles les frais payés par l'assuré atteignent la limite de cette franchise. Selon le principe de fixation des primes (« principe actuariel », selon le modèle C), cette règle ne pourra pas être maintenue. Par conséquent « l'encouragement » à choisir des franchises les plus élevées sera plus pressant.

Ecraiser une politique de santé publique

Le nombre de personnes recevant, sous une forme ou une autre, des subventions pour pouvoir payer leur assurance-maladie est élevé. Le nombre des bénéficiaires atteint environ 30% selon l'Office fédéral de la statistique. Pour fixer ces subventions, le niveau des primes est déterminant. Si certaines formules du modèle C, en raison des contraintes qu'il va exercer sur les assurés, conduisent à une prime inférieure au modèle B, ce modèle va devenir déterminant pour fixer les montants des subventions. Cela s'ajoute aux pressions en faveur du modèle C.

Tous les éléments exposés ici indiquent la préparation, dans des délais courts, de la mise en place d'une pluralité d'assurances maladie. Cela créera un terrain idéal pour faire prospérer les bonnes affaires des grandes caisses – avec un oligopole privé qui se renforcera – qui ne cesseront de se présenter comme subissant les « effets des coûts de la santé ». Un système de santé dont elles auront pris le commandement, en extrayant le maximum de revenus des assurés.

La LAMal a préparé la voie. Dans les mois à venir, une partie de la gauche va devoir la défendre en présentant, de manière biaisée et exagérée, ses traits progressistes: « solidarité », prime unique, un seul type d'assurance. Une défense qui prendra la forme d'un enterrement.

En date du 22 août 2008, santéuisse écrivait: « *Tous les projets de réformes visant à concilier l'Etat et le marché ont échoué jusqu'à présent pour des raisons idéologiques.* »

Le choix de chaque assuré en faveur du modèle de base ou d'un modèle de coopération permet au final de tester deux systèmes d'assurance de base qui reprennent les principaux éléments des propositions de réformes faites jusque-là.

Dans le style idéologique de Comparis, santéuisse présente ces projets sous la forme d'un test, qui permettra d'élire le meilleur. Pour qui? La réponse ne semble pas devoir être donnée, tant il est évident que tout conduira à l'adaptation très majoritaire, dans les faits, du modèle C. Cela aboutit à écraiser une politique effectivement publique de la santé et de l'assurance-maladie. ■

L'«aléa moral» (moral hazard) et la sélection adverse

En économie néoclassique, le concept de «risque moral» ou d'aléa moral (moral hazard) désigne ce qui est conçu comme une conséquence inévitable de l'existence d'un contrat d'assurance (couvrant, par exemple, les dépenses de soins de santé). La personne assurée modifierait son comportement précisément parce qu'elle est assurée. Par exemple, une personne assurée contre le vol serait moins attentive à protéger ses biens. Dans le domaine de la maladie, une personne renoncerait à des mesures de prévention ou n'hésiterait pas à multiplier les consultations et les examens, puisqu'elle n'a pas à en assumer la charge financière.

Ce comportement a pour conséquence, toujours selon la théorie néoclassique, une perte d'efficacité dans l'allocation des ressources (on consomme plus de soins que nécessaire) et donc une perte de «bien-être» pour la société.

L'utilisation de ce concept dans le domaine de l'assurance de soins pose au moins un problème: l'assurance-maladie couvre la perte de revenu découlant du recours aux soins (je dois payer pour me faire soigner) et non l'atteinte à la santé qui n'est guère assurée. Affirmer que quelqu'un met volontairement sa santé en danger parce qu'il est couvert par une assurance de soins pose donc problème, même à un économiste néoclassique.

Qu'à cela ne tienne: «la théorie», puisque c'est ainsi que les néoclassiques parlent de leur idéologie, a introduit la distinction entre aléa moral *ex ante* et *ex post*. L'aléa moral *ex ante* désigne le comportement induit par la couverture d'assurance et qui tend à provoquer un sinistre: la personne qui laisse traîner dans l'espace

public son iPod parce qu'il est assuré contre le vol. L'aléa moral *ex post* désigne le fait qu'une fois un sinistre intervenu, on cherche à obtenir davantage de prestations parce qu'on est assuré. C'est ce cas de figure que les néoclassiques appliquent de préférence au domaine de la santé. La personne à qui l'on diagnostique un cancer demanderait à bénéficier des soins les plus sophistiqués, même s'ils sont sans rapport avec son budget et même si leur rapport coût-efficacité (combien de francs faut-il dépenser pour gagner une année de vie) est «mauvais». Dans le domaine de la santé, cet aléa moral jouerait également dans la relation entre le «producteur de soins», le médecin, et l'assureur. Puisque le médecin est certain d'être remboursé (l'assurance est réputée solvable), il n'hésite pas à multiplier les examens et à accéder à toutes les demandes du patient.

Aléa moral et sélection adverse

Dans la théorie néoclassique de l'assurance, l'aléa moral se combine avec un second phénomène: la sélection adverse. Le point de départ est la suivante: en théorie, l'assureur ne connaît pas la situation précise de chaque assuré (s'il est en bonne santé ou non, s'il a des pratiques à risque (fumer, boire) ou pas. Il ne connaît que le risque moyen (l'année dernière, les dépenses de santé par habitant se sont élevées à x centaines de francs). Il est donc amené à proposer une prime moyenne aux personnes souhaitant s'assurer.

Que va-t-il se passer alors selon les économistes néoclassiques, qui raisonnent par rapport à un univers d'assurance privée et non obligatoire?

Prenons une personne en bonne santé: la prime moyenne demandée est supérieure aux dépenses de santé auxquelles elle s'attend. Pourquoi s'assurer? A l'inverse, pour une personne en mauvaise santé, la prime est nettement inférieure aux frais auxquels elle s'attend devoir faire face. Elle cherchera donc à obtenir une couverture maximale. Résultat: les mauvais risques se sur-assurent, les bons sont sous-assurés et l'assureur est mis en difficulté économique: sa prime moyenne ne correspond plus aux dépenses effectives assurées, conséquence de la sélection adverse générée par la couverture assurance. Le marché de l'assurance ne fonctionne pas: il y a sous-assurance d'un côté, avec risque de difficultés économiques (en cas d'accident de santé) et de recours insuffisant aux soins; sur-assurance de l'autre, avec surconsommation. A nouveau, pour la théorie, il en découle une perte d'efficacité et de bien-être pour la société.

Que propose la théorie néoclassique pour faire face à ces deux difficultés?

La réponse classique à l'aléa moral est d'augmenter la participation financière de l'assuré aux dépenses qu'il occasionne. Pour les soins de santé, c'est l'introduction d'une franchise, d'une participation (10%, 20% de chaque dépense). Cette participation est censée rendre l'assuré «conscient» des dépenses qu'il occasionne et elle doit l'inciter à ne consommer que les soins et biens de santé dont il a vraiment besoin. Les réglementations définissant de manière limitative les prestations assurées (par exemple: x séances de psychothérapie doivent suffire pour traiter un

patient et elles sont donc les seules à être remboursées) sont censées avoir le même effet, sur le patient comme sur le fournisseur de soins. En poussant la logique jusqu'au bout dans le volet des relations entre assureurs et fournisseurs de soins, on aboutit aux réseaux de soins intégrés (type HMO), fusionnant assurance et prestataire de soins. Dans ce cas, le risque d'aléa moral du fournisseur de soins est censé être éliminé puisqu'il ne fait plus qu'un avec l'assureur (dont il est salarié et dont il doit suivre les directives).

La réponse à la sélection adverse peut se déployer dans deux directions. Premièrement, il faut combler le «déficit» d'information des assureurs et, deuxièmement, leur permettre de proposer des contrats aussi différenciés que possible, «collant» au risque spécifique de chaque assuré. C'est ce qui se fait par exemple dans le domaine de l'assurance auto: le profil de l'automobiliste est toujours plus détaillé (âge, sexe, nationalité (!), type de véhicule, type d'utilisation, kilométrage, antécédents) et il détermine les primes, qui varient fortement d'un profil à l'autre. La sélection adverse est donc un argument justifiant la «transparence», c'est-à-dire la capacité des assureurs à recueillir un maximum d'informations sur les assurés, au mépris si nécessaire des règles de protection des données et du secret médical (comme dans le cas de l'AI).

La sélection adverse est aussi ce qui fonde la politique d'offre d'assurances différenciées (avec une franchise plus ou moins grande, avec ou sans des contraintes comme le médecin de famille): ces différentes possibilités sont censées amener les assurés à dévoiler

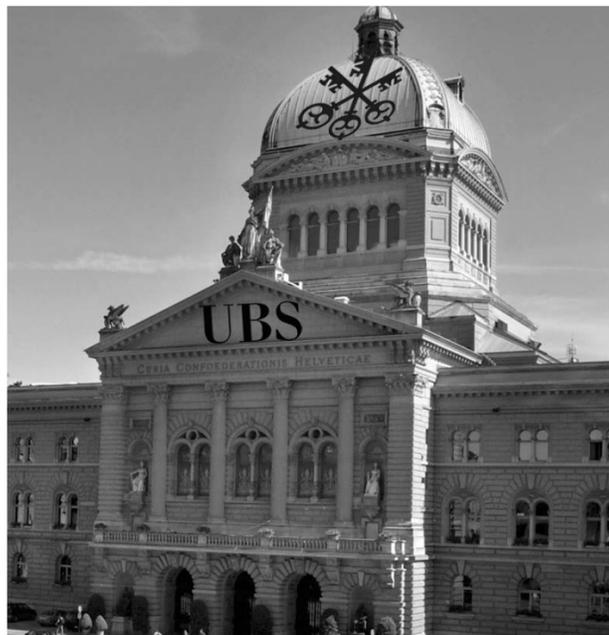
par leur choix ce qu'ils savent de leurs risques: une personne en bonne santé prendra une franchise élevée; une personne atteinte dans sa santé ne voudra pas d'un système «médecin de famille» la privant d'un accès libre à des spécialistes.

Mais que se passe-t-il dans le cas d'une assurance obligatoire, avec une prime unique (par assurance dans une région donnée), comme l'assurance-maladie en Suisse? On a, par rapport à la théorie, une inversion des rôles. Les assureurs ont à coup sûr une meilleure connaissance (épidémiologique) des risques de leurs assurés, grâce aux formidables bases de données constituées, que les assurés eux-mêmes. Et ils en font un instrument de «sélection des risques» très efficace (par exemple en proposant des produits d'assurance (accessibles uniquement par Internet pour ne prendre que ce cas) censés capter un profil de risque particulier (jeunes) et écarter les profils non désirés.

La réponse théorique à ce phénomène réside alors dans la mise en place d'un mécanisme de compensation des risques entre assureurs, censé être suffisamment précis pour enlever tout intérêt à ces phénomènes de sélection. Cela devrait permettre de supprimer la concurrence «malsaine» entre assureurs (sélections des risques) et les obliger à se concentrer sur la concurrence «saine»: être l'assurance la plus efficiente dans sa gestion et dans ses rapports avec les prestataires de soins.

On voit comment cette prétendue théorie à pour fonction de justifier la politique des assurances. ■

Appliquer à l'UBS les conditionnalités du FMI



1 **Le secret**: ce terme enveloppe toutes les activités d'UBS et son sauvetage par la BNS (Banque nationale suisse), avec l'appui du Conseil fédéral et de la Commission fédérale des banques.

Voici ce qu'affirme le quotidien *Le Temps* du 18 octobre 2008: «*La consigne, lors des négociations? Laisser un minimum de traces écrites, en raison du caractère délicat des discussions. Pas de lettres, pas de mails, pas de fax. Tous les jours, des employés de la BNS faisaient le trajet de Berne à Zurich et y passaient toute la journée. Une réunion de crise succédait à l'autre.*»

Autrement dit, le contenu d'une décision prise, formellement, par le Conseil fédéral, élu par l'Assemblée fédérale, elle-même élue par le prétendu «souverain» (les électeurs et électrices suisses) a été décidé dans un complet secret. L'essentiel de la cargaison de produits toxiques que devront porter les contribuables-salariés reste tout autant secret. Une garantie est donnée par la BNS, mais personne ne connaît la qualité des «actifs» (produits toxiques) qui jouissent de cette garantie. Aucune banque ne donnerait une garantie à une entreprise sans connaître, dans le détail, son chiffre d'affaires, ses dettes, ses liquidités. Or, il s'agit ici d'une garantie décidée par une institution politique, donc publique, utilisant des fonds publics (BNS).

Comparons cela au Plan Paulson: 700 milliards de dollars pour le sauvetage des banques américaines. Il a été débattu devant des commissions, avec des séances télévisées, puis voté par le Congrès. Certes l'ancien patron de Goldman Sachs – Henry Paulson – exécutait le plan exigé par les financiers qui craignaient

une crise explosive du système. Mais, au moins, il y eut un certain débat public, avec une information fournie dans la presse.

En Suisse aucun débat ouvert avant l'adoption du plan. Ladite «démocratie helvétique», quand les affaires sont sérieuses pour protéger le Capital et ses principaux détenteurs, utilise les méthodes du secret bancaire et du décret. La véritable nature de cette démocratie, du gouvernement et de l'Etat se révèle toujours dans de telles occasions.

2 Comparons ce secret en faveur de banquiers flibustiers avec celui réservé aux personnes relevant de l'assistance sociale. Dix jours après l'opération «bouées publiques pour UBS», la presse informait: «*Depuis février de cette année, les services de Michel Cornut [un ex-syndicaliste, chef du Service social lausannois] disposent d'une nouvelle arme: la procuration générale obligatoire pour qui veut demander l'aide sociale. "Elle permet de contourner l'obstacle du secret bancaire, et nous a permis d'identifier des avoirs non déclarés" explique ce dernier.*» (24 heures, 24 octobre 2008) Et Michel Cornut d'ajouter, fièrement: «*Nous avons un système de prévention et de répression des fraudes [des assistés sociaux] qui est l'un des plus sévères en Suisse, loin devant les villes suisses allemandes.*»

Ici, d'une part, le secret bancaire, n'est plus respecté et, d'autre part, personne ne prétend qu'il aurait pour but – comme le dit le président de l'Association suisse des banquiers Pierre Mirabaud – «*la protection de la vie privée, qui est un droit de la personne humaine.*»

En conclusion, deux revendications élémentaires devraient être déjà avancées:

1° Faire signer par l'ensemble des membres du conseil d'administration d'UBS – tous ceux qui y siègent et y ont siégé au moins depuis 2001, c'est-à-dire lorsque les opérations spéculatives ont pris tout leur essor aux Etats-Unis – une procuration générale permettant de lever le secret bancaire sur leurs comptes. En effet, ils représentent la banque assistée par la BNS et, en dernière instance, par les salarié-e-s contribuables. Les directeurs de la

BNS ne cessent de nous dire depuis des décennies que l'argent de la banque centrale c'est de «l'argent public», qui «appartient au pays».

2° Faire signer la même procuration par l'ensemble des cadres dirigeants d'UBS qui, depuis 2001, participaient pleinement aux décisions prises par Marcel Ospel et Peter Wuffli. Ces derniers ont cajolé John Costas, puis Huw Jenkins (dès 2006) de l'unité américaine d'UBS. Ils les encourageaient à poursuivre les opérations les plus risquées, mais fort rentables, du crédit hypothécaire à risque (*subprime*, etc.).

Or, selon les termes mêmes de la Commission fédérale des banques (CFB), une violation des règles de bonne conduite a été constatée. S'appuyant sur l'article 754 (Obligation du Conseil d'administration) du Code des obligations (CO), une commission d'enquête parlementaire pourrait intervenir. Elle devrait disposer de cette procuration générale de levée du secret bancaire.

Pourquoi la règle appliquée à des demandeurs d'assistance sociale qui «cacheraient» 40000 fr. et, pour cette raison, n'ont pas accès à l'assistance ne devrait-elle pas s'appliquer à ces deux catégories de «banquiers assistés»? La seule raison effective: la démocratie capitaliste de classes, son administration et sa justice ne traitent pas de la même manière un banquier et un assisté social.

C'est inacceptable. Rien ne sert de demander des «bonus limités» tant que cette pratique de deux poids et deux mesures est justifiée. Alors qu'un tel type de procuration générale devrait, moralement, n'être signée que par les dirigeants du type de ceux d'UBS.

3 Une escroquerie est entretenue dans cette opération de sauvetage d'UBS par la BNS et le Conseil fédéral. Il est du domaine public que ce sont les représentants d'UBS et du Credit Suisse qui ont dicté les lignes générales du plan de sauvetage. Un exemple de la privatisation de l'Etat.

En quoi consiste la tromperie? Il y a deux UBS. L'UBS dont le siège est à Zurich. Et une autre UBS: UBS Investment Bank, avec plus de 30000 salarié-e-s, qui a son siège à New York. Elle disposait d'une licence bancaire

américaine et était censée obéir à l'organe de surveillance de la Bourse de Wall Street (la SEC: Securities Exchange Commission). En plus, une autre entité, créée par UBS Investment Bank, a multiplié des opérations casse-cou: la DRCM (Dillon Read Capital Management), filiale d'UBS basée à New York. Elle devait extraire par la spéculation la plus aventureuse un profit maximum pour le seul compte d'UBS.

Devant les cris d'alarme des traders de DRCM, la direction d'UBS, en mai 2007, dissout DRCM! Mais elle demande à UBS Investment Bank de continuer à accumuler des produits toxiques, pour des dizaines de milliards. Une grande partie de ceux que la BNS a pris en charge le 14 octobre 2008 dans son «fonds de défaillance».

Quiconque raisonne se pose alors une question: pourquoi les pertes de la banque américaine UBS Investment Bank n'entrent-elles pas dans les 700 milliards de dollars du Plan Paulson? D'ailleurs, la *NZZ am Sonntag* du 21 septembre 2008, en première page, titrait: «*Les contribuables américains aident l'UBS à sortir du pétrin.*» En effet, le 20 septembre, le Congrès avait adopté le Plan Paulson.

Depuis lors, silence radio. Le contribuable américain a été remplacé par le contribuable helvétique, même si la BNS et le CF, comme la *NZZ*, n'osent plus utiliser, aujourd'hui, le terme «contribuable».

Pourquoi ce retournement? Pour deux raisons. 1° La concurrence d'UBS Investment Bank n'était pas appréciée à Wall Street. Dès lors, pas de cadeau. 2° Plus sérieusement, UBS et DRCM devaient faire face à de nombreuses procédures légales ayant trait non seulement à l'aide à l'évasion fiscale, mais aussi au non-respect de lois concernant la vente de divers produits. Selon le *Financial Times*, du 13 août 2008, en première page, Peter Kurer reconnaissait ces pratiques litigieuses, dès 2006. Pourtant elles ont continué.

Première conclusion. Le non-respect des lois et règlements de la place financière américaine par les dirigeants d'UBS a jeté des tonnes de produits toxiques dans les bras des contribuables-salariés vivant en Suisse. Aucune raison de l'accepter sans contrepartie.

Deuxième conclusion. Lorsque le FMI (Fonds monétaire international) fait un «prêt» à un pays pauvre, il impose des conditions (conditionnalité): équilibrer le budget quitte à couper dans les dépenses sociales, à restructurer la production, etc.

Pourquoi le même principe de conditionnalité ne serait-il pas appliqué à l'UBS par la Confédération?

4 Les 68 milliards de fonds publics alloués à l'UBS ne peuvent l'être sans contreparties. De là découlent diverses revendications:

- Les bonus distribués aux cadres d'UBS Investment Bank et aux dirigeants d'UBS s'élèvent à quelque 20 milliards de dollars; pour la seule année 2007: 12 milliards, malgré les pertes. La restitution de ces milliards doit être une condition de la garantie publique.

- En collaboration avec les autorités américaines, la levée du secret bancaire en Suisse doit être appliquée, pour récupérer quelques éventuels milliards qui seraient planqués en Suisse par les cadres d'UBS Investment Bank.

- Les Etats-Unis peuvent imposer la levée du secret bancaire dans les îles Caïmans dans des «cas fondés». Pas de doute qu'ils pourraient imposer cette mesure pour ce qui a trait aux cadres de DRCM et d'UBS Investment Bank. Parions que les autorités américaines collaboreront facilement sur ce terrain avec une possible commission ad hoc helvétique de récupération des bonus.

- Ces conditionnalités de bon sens débouchent sur l'exigence d'une nationalisation d'UBS: sa capitalisation bancaire (nombre d'actions multiplié par leur valeur) dépasse à peine les 60 milliards. Autrement dit, la somme n'est pas loin des 68 milliards de francs avancés par la BNS. Un pôle financier public pourrait être ainsi créé.

Dans ce cadre, une série de mesures – prises dans un nouveau contexte international – deviennent crédibles: celles concernant l'interdiction de la titrisation; une politique de double taux d'intérêt (l'un pour les crédits aux investissements productifs; l'autre, dissuasif, pour les opérations sur des marchés financiers), une réforme radicale du système de prévoyance (AVS, 2^e pilier), etc. ■

SITE WEB

Visitez notre site www.alencontre.org. Vous y trouverez de nombreux articles sur la situation internationale. Plus de 2100 visites quotidiennes.

PROMOTION

Vous êtes un certain nombre à recevoir *La brèche* à titre promotionnel (voir dans l'adresse en première page). Cet envoi est gratuit et ne vous engage à rien. Tous simplement nous espérons vous convaincre, au terme de la lecture de ce journal, de vous y abonner.

CONTACTS

La brèche
www.labreche.ch • www.alencontre.org
redaction@labreche.ch • abonnement@labreche.ch
case postale, 1000 Lausanne 20 • CCP 17-247469-2
Tél. +41 21 625 70 63 • Fax +41 21 625 70 64
La brèche est éditée par le Mouvement pour le socialisme (MPS). Tous les articles n'expriment pas nécessairement le point de vue du MPS.

Prendre contact avec le MPS:
MPS, CP 209, 1211 Genève 4, mps-ge@bluewin.ch
MPS, CP 120, 1000 Lausanne 20, vaud@mps-bfs.ch
BFS, Pf 2002, 4001 Bâle, bfs-bs@bluewin.ch
BFS, Pf 129, 3000 Berne 23, bfs-be@bluewin.ch
BFS, Pf 3956, 8021 Zurich, info@bfs-zh.ch

PUBLICATIONS

Je suis intéressé-e à m'abonner à:

La brèche La Revue trimestrielle La brèche Les cahiers La brèche
Abonnement *La brèche*: 12.-; abonnement à la revue trimestrielle: 40.-; abonnement conjoint *La brèche* + revue: 50.- (soutien, resp. 20.-, 60.-, 80.-);
abonnement aux cahiers: envoi automatique à chaque parution, 6.- le cahier.
Cochez ce qui convient.
Nom : Prénom :
Rue et numéro :
NPA et localité : Pays :
Tél : Adresse mail :