

Les enjeux de la Protection sociale

Catherine JOUSSE

UPL 2009 de l'UFAL, Limoges, le 30 août

Nous allons tenter de mieux comprendre les politiques qui se sont succédées ces quarante dernières années en matière de protection sociale, tant en France qu'au plan européen et mondial.

En premier lieu il convient de se remémorer ce qu'est la protection sociale.

Qu'est-ce que la protection sociale ?

Selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), la protection sociale couvre les risques sociaux auxquels les ménages sont exposés : santé, vieillesse, survie, famille, maternité, chômage, invalidité, logement, accidents du travail, pauvreté-exclusion sociale et réinsertion professionnelle.

L'évaluation des dépenses de protection sociale s'établit à partir des régimes obligatoires tels la sécurité sociale, les institutions chargées de l'indemnisation du chômage, les régimes de retraite complémentaire, les assurances collectives de retraite supplémentaire ou de prévoyance, alors que les assurances individuelles en sont exclues. Seules les prestations versées par les mutuelles régies par le Code de la mutualité, à adhésion individuelle, entrent également dans le champ de la protection sociale car leur tarification est essentiellement indépendante des caractéristiques individuelles des assurés. En d'autre terme il n'y a pas de sélection du risque (au sens strict du terme, on le verra plus tard).

Les prestations de protection sociale regroupent les prestations sociales et les services sociaux bénéficiant aux ménages. Les prestations sociales correspondent aux remboursements de dépenses engagées directement ou prises en charge par un tiers et aux versements d'allocations. Les prestations de services sociaux correspondent aux dotations ou subventions versées à des établissements publics ou à des organismes en contrepartie des services qu'ils assurent à titre gratuit ou quasi gratuit.

Toujours selon la DREES, en 2007 les dépenses de protection sociale se sont élevées à 578.3 milliards d'€, alors que les dépenses de l'Etat pour la même année ont atteint 334 milliards d'€.

Une manne qui attire bien des convoitises.

De la parole de Kessler aux actes...

En octobre 2007 dans le magazine *Challenges*, Denis Kessler successivement président de la FFSA (fédération française des sociétés d'assurance), vice-président du MEDEF et actuellement PDG du groupe SCROR (réassurance) déclarait :

« Les annonces successives des différentes réformes par le gouvernement peuvent donner une impression de patchwork, tant elles paraissent variées, d'importance inégale, et de portées diverses : statut de la fonction publique, régimes spéciaux de retraite, refonte de la Sécurité sociale, paritarisme... A y regarder de plus près, on constate qu'il y a une profonde unité à ce programme ambitieux. La liste des réformes ? C'est simple, prenez tout ce qui a été mis en place entre 1944 et 1952, sans exception. Elle est là. Il s'agit aujourd'hui de sortir de 1945, et de défaire méthodiquement le programme du Conseil national de la Résistance ! A l'époque se forge un pacte politique entre les gaullistes et les communistes. Ce programme est un compromis qui a permis aux premiers que la France ne devienne pas une démocratie populaire, et aux seconds d'obtenir des avancées - toujours qualifiées d'«historiques» - et de cristalliser dans des codes ou des statuts des positions politiques acquises. Ce compromis, forgé aune période très chaude et particulière de notre histoire contemporaine (où les chars russes étaient à deux étapes du Tour de France, comme aurait dit le Général), se traduit par la création des caisses de Sécurité sociale, le statut de la fonction publique, l'importance du secteur public productif et la consécration des grandes entreprises françaises qui viennent d'être nationalisées, le conventionnement du marché du travail, la représentativité syndicale, les régimes complémentaires de retraite, etc. Cette «architecture» singulière a tenu tant bien que mal pendant plus d'un demi-siècle. Elle a même été renforcée en 1981, à contresens de l'histoire, par le programme commun. Pourtant, elle est à l'évidence complètement dépassée, inefficace, datée. Elle ne permet plus à notre pays de s'adapter aux nouvelles exigences économiques, sociales, internationales...»

De quelles exigences s'agit-il ?

La feuille de route de l'OCDE

L'OCDE qui s'assigne pour mission « *de renforcer l'économie de ses pays Membres, d'en améliorer l'efficacité, de promouvoir l'économie de marché, de développer le libre-échange et de contribuer à la croissance des pays aussi bien industrialisés qu'en développement* », a imaginé et mis à disposition des Etats membres un outil dont ils usent et abusent : les prélèvements obligatoires.

Il s'agit d'un instrument de mesure des impôts directs et indirects prélevés par l'Etat et les collectivités locales ainsi que les cotisations sociales obligatoires. Ensuite on calcul le rapport entre la somme de ces prélèvements obligatoires et le PIB (produit intérieur brut) pour mesurer la compétitivité d'un pays. Ainsi la France serait classée parmi les plus mauvais élèves.

A contrario des pays tels les Etats-Unis et le Japon ont un taux de prélèvements obligatoires beaucoup plus faible, notamment parce qu'ils ont fait le choix de système de protection sociale reposant sur des fonds privés avec des mécanismes liés à l'entreprise ou la branche professionnelle.

En fait, la comparaison entre les pays de l'OCDE à partir de leur taux de prélèvements obligatoires est une pure escroquerie intellectuelle qui n'a pour unique objectif de réinjecter dans la sphère financière ce qui aujourd'hui finance la sphère publique et les systèmes de protection sociale solidaire. C'est le diktat de l'économie néolibérale.

Comment l'Etat français y a-t-il répondu concernant la protection sociale?

La Sécurité sociale, pilier de notre protection sociale : colosse aux pieds d'argile ?

Créée en 1945, dans le cadre du programme du Conseil National de la Résistance, la sécurité sociale couvre aujourd'hui 76.4% des prestations de protection sociale. Dès sa création, patronat, droite, assurances privées, et certains mutualistes s'opposent à la gestion démocratique par les assurés de l'institution. La CFTC, syndicat minoritaire, va même jusqu'à refuser d'y siéger. En 1967, le gouvernement votera une ordonnance instituant la parité des sièges entre les organisations syndicales de salariés et le patronat. Depuis, les réformes se sont succéder pour affaiblir l'intervention des assurés sociaux dans la gestion de la sécurité sociale, renforcer l'intervention de l'Etat pour mieux organiser la réappropriation de la protection sociale par le marché.

Portons notre attention sur la branche maladie de la sécurité sociale pour mieux comprendre les stratégies mises en œuvre

Le trou de la Sécu comme épouvantail

Une récente étude ministérielle sur l'évolution du financement de la protection sociale démontre que la part salariale des cotisations sociales est passée de 31% en 1990 à 40% en 2006, allant même jusqu'à 55% pour la branche maladie par l'introduction de la CSG et par les exonérations de charges sur les bas salaires. Dans son rapport sur l'exercice 2007 la cour des comptes a mis l'accent sur l'importance « des dispositifs d'exonération coûteux et incertains ». La non compensation de certaines de ces exonérations laisse un manque à gagner de 2.7 milliards d'€ pour la sécurité sociale et sont estimées par la cour « non lisibles, mal contrôlées et coûteuses au regard de leur impact sur l'emploi. » Après avoir apuré sa dette de 5.1 milliards d'€ auprès de la sécurité sociale, l'Etat en a reconstituée une s'élevant à 2.8 milliards fin 2007, obligeant l'ACOSS (l'agence de recouvrement des cotisations sociales) à s'endetter par manque de trésorerie.

Dans ce même rapport, la Cour des comptes pointe l'augmentation des sommes distribuées au titre de l'intéressement à environ 9% par an entre 2000 et 2005, celles au titre de la participation de 7.4% par an et l'abondement des plans d'épargne entreprise de 8.3% par an qui échappent aux cotisations sociales ; alors que la masse salariale n'a augmentée dans la même période que de 3.2% par an.

Les gouvernements qui se sont succédé ont tous rejeté l'idée même d'une modification du calcul des cotisations qui favoriserait l'emploi, les salaires et l'investissement. Ils ont au contraire multiplié les exonérations de cotisations qui favorisent le développement des bas salaires. En comprimant les recettes, ils ont procédé au transfert de la sécurité sociale vers les organismes complémentaires et les ménages. Ils ont organisé le renoncement aux soins.

Quelques exemples de recul de la couverture sécurité sociale

En 1968 les honoraires des praticiens étaient couverts à 75% par la sécurité sociale contre 70% aujourd'hui ; les médicaments sont passés de 70% et 40% à 65%, 35%, 15% et nombreux déremboursements ; les auxiliaires médicaux de 75% à 60%.

En 1969 les ALD (affections de longue durée) ouvraient droit à la prise en charge à 100% pour tous les soins.

En 1980 création du secteur 2 autorisant les dépassements d'honoraires pour les praticiens.

En 1983 apparition du premier forfait, le forfait journalier hospitalier fixé à 3€48 il est aujourd'hui à 16€.

En 1986 la prise en charge à 100% est limitée aux seuls soins en rapport strict avec l'affection.

En 2005 franchise de 1 € sur les actes médicaux.

En 2006 forfait de 18€ sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91€.

En 2008 franchise de 50 centimes d'€ par boîte de médicaments et par acte paramédical ; une autre franchise de 2 € par transport sanitaire.

Aujourd'hui les comptes de la branche maladie de la sécurité sociale s'annoncent catastrophiques par les effets cumulés des réformes successives et la crise.

La perspective de réformes et du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010

Pour la branche Maladie

Premier acte :

Malgré une large contestation la loi hôpital, patients, santé, territoires a été votée. La marche vers une privatisation progressive de l'activité des hôpitaux publics est engagée. Comme pour la sécurité sociale on a financièrement étranglé le service public hospitalier pour mieux lui assener le coup de grâce. La méthode est rodée. Sous couvert d'amélioration d'accès aux soins et d'une meilleure répartition des services de santé sur tout le territoire, le gouvernement procède à la centralisation du pouvoir. La stratégie consiste à renforcer l'intervention de l'Etat pour mieux privatiser la santé et la protection sociale.

Deuxième acte :

En juin dernier, Eric Woerth ministre du budget, a d'ores et déjà annoncé son intention de généraliser l'expérimentation en cours sur les arrêts de travail donnant pouvoir aux employeurs de faire pratiquer des contrôles des salariés en arrêt maladie par des médecins libéraux qui auront le pouvoir de suspendre le versement des indemnités journalières.

Troisième acte :

La mutualité française, réunie en congrès début juin, a prêté main forte au gouvernement en votant une résolution qui traduit clairement sa volonté d'affaiblir la sécurité sociale. Parmi ses orientations j'en retiendrai deux qui me semble particulièrement révélatrices :

1) Le secteur optionnel.

La mutualité française se dit favorable à la création en partenariat avec la sécurité sociale d'un nouveau secteur conventionnel pour les médecins (plateaux techniques lourds dans un premier temps).

Le secteur optionnel est un système hybride entre le secteur 1 (respect des tarifs opposables de la sécurité sociale) et le secteur 2 (dépassements d'honoraires). Ce nouveau secteur définirait des tarifs plafonnés et non plus opposables. Une manière déguisée d'augmenter les tarifs des actes médicaux et de faire prendre en charge cette augmentation par les organismes complémentaires. La mutualité déclare que cette proposition s'inscrit dans la perspective de la fermeture du secteur 2 ; n'y a-t-il pas à craindre que ce soit couplé avec la disparition du secteur 1? Si ce secteur est plus attractif que le secteur 2, il n'y a aucune raison qu'il ne le soit pas pour le secteur 1.

2) Délégation de gestion pathologies chroniques et Priorité Santé Mutualiste (PSM).

La mutualité française propose aux pouvoirs publics d'instaurer un nouveau dispositif de prise en charge des maladies chroniques, en partenariat avec l'assurance maladie obligatoire. Dans une interview au quotidien du médecin, Jean-Pierre DAVANT, Président de la FNMF, déclarait :

« Nous voulons rationaliser le coût de la prise en charge de l'ensemble des ALD – qui représentent la quasi-totalité de la croissance des dépenses – mais aussi proposer aux patients les meilleurs services. Nous préconisons, sous forme d'expérimentations, une délégation de paiement aux mutuelles pour la gestion des ALD. Cela suppose une discussion avec le régime obligatoire afin de bien répartir le poids économique des deux intervenants dans ce cadre conventionnel nouveau. » dans l'interview davant parle des ald alors que la résolution et les débats du congrès portent sur les maladies chroniques dont les ald font partie.

Ainsi, ce qui jusqu'à présent était pris en charge à 100% par la sécurité sociale, serait en partie transféré aux organismes complémentaires à qui la gestion serait totalement confiée.

Quelques morceaux choisis de l'intervention du Président de la république présent au congrès :

*« Les dépassements d'honoraires ne sont pas en soi un problème. Je ne parle que des dépassements des chirurgiens, des anesthésistes et des gynécologues-obstétriciens : car ils peuvent représenter une somme importante, pour des actes qui sont tout sauf des soins de confort. Le secteur optionnel doit permettre un meilleur encadrement des tarifs que le secteur 2, assorti d'objectifs de qualité. **Les libertés tarifaires seront mieux prises en charge par l'assurance maladie et les assurances complémentaires, ce qui permettra un meilleur accès aux soins.** Pour que cette option soit retenue par le plus grand nombre de médecins spécialistes, **il faut que des avantages spécifiques y soient associés. Ces avantages doivent rendre le secteur***

optionnel attractif par rapport au secteur 2... Je sais pouvoir compter sur le mouvement mutualiste pour s'engager dans le secteur optionnel et y entraîner les autres acteurs de la complémentaire santé. »

« Le Gouvernement va étudier de façon systématique et approfondie, Monsieur le président, la proposition du mouvement mutualiste sur les maladies chroniques. Je souhaite, quand les contours du projet seront précisés, que des expérimentations soient lancées par le Gouvernement et la Mutualité pour améliorer la qualité et l'efficacité de leur prise en charge. Après tout vous avez des idées, et nous avons la volonté de dialoguer. Faisons que cette volonté et ces idées se rencontrent, expérimentons.

Nous en évaluerons les résultats avant, peut-être, de généraliser ces nouveaux modes d'intervention des organismes complémentaires. Ma proposition est de bonne volonté. Vous avez des convictions, eh bien expérimentons, évaluons ensemble, et si c'est positif on généralisera. »

« Je veux avancer avec méthode. Mais mon objectif est clair. Je souhaite, dans le cadre d'un partenariat exigeant, que soient confiées de nouvelles responsabilités aux organismes complémentaires (mutualité, IP, assurances privées). Les régimes de base ne pourront pas tout financer. Il faudra faire des choix. »

La dépendance ou 5^{ème} risque

Lors de sa campagne pour les élections présidentielles, Sarkozy s'était engagé à créer un cinquième risque celui de la dépendance. L'allocation personnalisée pour l'autonomie (APA) et la journée de solidarité ne permettent pas aujourd'hui de couvrir les besoins qui vont aller en augmentant.

Sarkozy lors du congrès de la FNMF a tracé la voie :

« La demande de solidarité n'a sans doute jamais été aussi grande qu'aujourd'hui et la violence de la crise ne fait que la renforcer... Face à cette demande, les ressources de la solidarité nationale, qui pourrait prétendre qu'elles sont infinies ? Elles ne le sont pas. La croissance de notre économie, même quand nous serons sortis de la crise, ne permettra sans doute pas aux régimes de protection sociale de base de couvrir l'intégralité des nouveaux besoins. L'équilibre des régimes obligatoires est d'ores et déjà soumis à des tensions et celles-ci vont s'accroître. Il convient que nous soyons lucides. »

Alors les spécialistes rivalisent d'imagination et aujourd'hui 3 propositions sont avancées : la création d'une deuxième journée de solidarité ou une assurance obligatoire contre le risque dépendance comme l'assurance automobile ou encore un mixte entre les deux. S'il s'agit d'un nouveau risque,

comment allons-nous demain différencier ce qui relève de la branche maladie de la sécurité sociale ou de la dépendance.

La retraite

Les réformes successives sur les retraites ont conduit à une forte baisse du pouvoir d'achat des retraités et au recul de l'âge de la retraite par l'allongement de la durée de cotisation. Mais le gouvernement n'entend pas en rester là. Une prochaine réforme de régression est d'ores et déjà programmée pour 2010, alors que la négociation des départs anticipés liés à la pénibilité du travail n'a toujours pas abouti.

En parcourant la documentation de l'OCDE je me suis arrêtée sur un titre prometteur : *« la crise met en évidence la nécessité d'une réforme profonde des retraites. »* Un bref instant j'ai cru que la crise et ses conséquences dramatiques sur les familles avaient amené l'OCDE à réviser ses orientations. Fidèle à sa mission (promouvoir l'économie de marché), l'OCDE déclare de suite *« face aux risques démographiques, politiques, économiques et financiers, la diversification des fonds de retraite reste la meilleure stratégie. En revanche, faire machine arrière dans les réformes ou s'appuyer uniquement sur les régimes de retraites publiques par répartition, serait un pas dans la mauvaise direction »*. Notre gouvernement se veut bon élève.

La branche Famille

Comme la maladie et la vieillesse, la branche famille de la sécurité sociale devrait accuser un déficit malgré une décélération des prestations. Dans le même temps, l'augmentation du nombre d'allocations logement versées, +6.6% en 2009 et 7.6% en 2008 révèlent les difficultés croissantes des familles. Alors que la France s'enorgueillit d'un des plus forts taux de fécondité, la question des structures de garde pour les jeunes enfants subit le même sort que les autres champs de la protection sociale. Ces dernières années, le fonds national d'action sociale des CAF a été divisé par deux, privant ainsi les collectivités locales de financer le développement des structures d'accueil collectif des jeunes enfants. On est loin d'atteindre l'objectif annoncé par le gouvernement de créer 200 000 places d'accueil dont 100 000 en crèches d'ici 2012.

Pour illustrer mon propos l'exemple de pôle emploi est intéressant à observer

L'exemple de pôle emploi

En ce début d'année la fusion entre les ASSEDIC et l'ANPE s'est concrétisée par la création de pôle emploi. Pôle emploi, ce grand service public de

l'emploi, devait permettre aux chômeurs d'être accueilli dans un seul et même lieu et d'y trouver plus de compétence et de disponibilité. La réalité aujourd'hui est tout autre. D'abord la question du lieu d'accueil unique. Cette décision de regroupement physique des deux institutions était déjà en cours de réalisation sans pour autant opérer de fusion. La vraie raison se trouvait donc ailleurs. Pourquoi fusionner deux institutions qui pratiquent deux métiers totalement différents (l'un l'indemnisation, l'autre le placement des privés d'emploi) et qui ne déméritaient en rien dans leurs missions. La réponse se dévoile aujourd'hui. Malgré un rapport de la cour des comptes publiés en 2006 qui stipule que la plus-value du service public, quand il met les moyens, est nettement supérieure à celle des opérateurs privés, l'Etat décide de confier l'accompagnement de 320 000 chômeurs par des structures privées d'ici à 2011. A résultats identiques, les opérateurs privés gèrent pour un coût 3 fois plus élevé. C'est ce qu'on appelle l'économie de marché.

Cette règle s'applique à toute la protection sociale : seul un système universel, solidaire et géré démocratiquement est en mesure de répondre aux besoins sociaux. Tout transfert vers le privé, lucratif ou non, constitue une régression de la solidarité, de la démocratie et représente une charge financière plus importante pour les ménages.

Le jeu des complémentaires santé

Le Président du HCAAM, Bertrand Fragonard, rappelait il y a quelques mois qu'un point de désengagement de la sécurité sociale équivaut à 6 points de cotisations aux complémentaires.

Les assurés sociaux n'ont donc aucun intérêt au transfert vers les complémentaires.

Bien qu'elles soient concurrentes, les trois familles des OC se retrouvent sur la même démarche d'affaiblissement de la sécurité sociale. La mutualité, aujourd'hui forte de ses 38 millions de personnes protégées, se positionne en leader dans ce combat. Présidant l'UNOCAM (Union Nationale des Organismes Complémentaires de l'Assurance Maladie), la mutualité se fait le porte parole des OC parlant d'une seule et même voix. On peut d'ailleurs s'interroger sur le silence assourdissant de la FFSA et plus curieusement des IP gérées paritairement par les partenaires sociaux. Dans le même temps les choses s'organisent :

Les partenaires sociaux viennent de signer un accord qui crée le statut de groupe de protection sociale. L'évolution des organismes complémentaires, leur mise en concurrence les a conduit progressivement à dépasser leur

périmètre d'origine. Aujourd'hui, ils gèrent tout autant la complémentaire santé, la prévoyance, la retraite complémentaire non obligatoire, l'épargne salariale. On retrouve au sein des groupes de protections sociale (AG2R La Mondiale, Malakoff Médéric, APRIONIS etc.) des IP, des caisses de retraite (obligatoire ou non), des mutuelles. Ainsi Médéric siège au CA de la FNMF. Les frontières entre les trois familles tendent à se fondre pour s'adapter au marché.