



**La France** a construit une Protection Sociale de bon niveau. Chaque année 600 milliards de prestations sociales sont redistribuées (31 % du PIB, le plus fort % de l'Union Européenne). Toute la population est couverte en assurance maladie de base (dont 1 million d'assurés sans cotisation) et 4 300 000 français bénéficient d'une couverture complémentaire « gratuite ». Plus de 15 millions de retraités, près de 7 millions de bénéficiaires d'allocations familiales, 900 000 d'une allocation handicap et 800 000 du minimum vieillesse.

Ces prestations sociales contribuent de façon déterminante au niveau de vie et de consommation des ménages. De plus elles concourent à la réduction des inégalités, ainsi le Conseil des Prélèvements Obligatoires vient-il d'affirmer que « l'assurance maladie constitue peut-être l'instrument le plus redistributif du système socio fiscal ».

Economique et social se conjuguent pour faire de la protection sociale un facteur essentiel de pouvoir d'achat, mais aussi d'emploi et d'investissement (particulièrement en matière de santé) à travers les budgets des organismes sociaux.

**Mais** la Sécurité sociale s'essouffle et la solidarité se lézarde. Le niveau des prestations est entré en érosion (retraite et maladie particulièrement) très sensiblement depuis les années 2000. Les inégalités s'accroissent, sociales, géographiques, économiques. Dette et déficit ajoutent à la perte de confiance dans la pérennité de la Sécurité sociale et mènent le système à la rupture.

**Trois piliers** de la Sécurité sociale sont aujourd'hui ébranlés. L'incantation du retour au passé est inopérante, l'inscription dans le monde actuel pourra seule créer les conditions de la perpétuation du système solidaire. De 1945 les valeurs humanistes demeurent, mais les conditions économiques sont radicalement différentes et le progrès humain (espérance de vie) a profondément modifié les termes de la solidarité intergénérationnelle.

- Premier pilier : la croissance. Les 30 glorieuses ont été aussi les trente glorieuses de la Sécurité sociale : universalisation, prestations non contributives (retraite, famille), montée en charge de la couverture maladie (de 50 % à 80 % en 1980). Le PIB retrace bien la trajectoire : croissance de 5,5 à 5,9 % /an entre 1950 et 1970, croissance de 3,5 % /an dans les années 70, croissance de 1,5 % /an de 2000 à 2005. L'assurance maladie illustre la situation ; entre 1950 et 2005 croissance moyenne des dépenses (CSBM) = 6,2 % quand celle du PIB pour la même période a été de 3,6 %. La rupture de croissance aux alentours de 1975 a eu des conséquences immédiates : en vingt ans 19 plans de redressement, puis une loi de finances annuelle à partir de 1996 et une loi de réforme en 2004. Après les 30 glorieuses les 30 plans de redressement. Comment maintenir le niveau de protection sociale avec une croissance en panne ? D'autant plus qu'une faible croissance, en ne soutenant pas le niveau d'emploi, accroît le nombre de personnes nécessitant l'accompagnement social sous toutes ses formes (prestations non contributives notamment). Il n'y a pas de perspective de décollage à court terme et, fait aggravant, toute la zone occidentale cède le pas aux nouveaux foyers de croissance que sont la Chine, l'Inde, le Brésil ... ***Il faut rompre avec la seule croissance de la masse financière qui ne nourrit que la spéculation, il faut une politique européenne concertée, il faut une réorientation des incitations économiques et fiscales françaises.***
- Deuxième pilier : le travail salarié. L'assiette de financement de la Sécurité sociale était à l'origine celle qui reflétait bien la dynamique économique et l'enrichissement national. Or le travail est en crise. Durablement trois à quatre millions de personnes sont hors de l'emploi, jeunes et seniors sont particulièrement touchés. C'est à la fois une perte de recettes (cotisations) et un alourdissement des dépenses (indemnisation, droits palliatifs « gratuits », exonérations) pour la protection sociale. Circonstance aggravante et coupable : l'ajustement du système productif s'est grandement fait au détriment des jeunes, voués aux contrats précaires et de durée limitée. Deux profondes évolutions ont bousculé le socle « travail salarié » : productivité basée sur le progrès technologique, mondialisation de la production et des échanges. Le travail manque, la production s'automatise et se joue des frontières. ***L'assiette de financement de la sécurité sociale doit se diversifier en intégrant les nouveaux supports de contribution que ces évolutions génèrent.***
- Troisième pilier : l'Etat s'attribuant un rôle majeur en matière de solidarité nationale et de garantie sociale. Ce fut le socle de la nouvelle constitution républicaine à partir de 1945. On assiste aujourd'hui à un double mouvement quelque peu paradoxal. D'une part les gouvernements actuels engagent une délégation croissante au marché (assurances, privé lucratif hospitalier) à la fois par clientélisme libéral et par volonté de substituer la dépense privée à la dépense publique. D'autre part l'Etat est devenu

décisionnaire, budgétaire et gestionnaire d'une sécurité sociale pourtant conçue « autogestionnaire ».

Le gouvernement actuel est cynique en matière d'assurance maladie : il réduit la garantie collective de base et d'un même mouvement il entreprend une réglementation poussée de la couverture complémentaire (jusqu'à la rendre alors obligatoire ?). Tout à l'inverse de son attitude en matière de retraite et de santé, ***l'Etat doit affirmer, pour le « capital humain », une ambition sociale ancrée sur les services publics et organismes sociaux.***

**Deux défis** majeurs : l'organisation du système de santé et le financement d'ensemble.

- Un choix fondamental est à faire en matière de système de santé : ***assujettir les objectifs, l'organisation générale, ainsi que les missions et la rémunération des acteurs, aux priorités de santé publique et à l'égalité d'accès aux soins de qualité.*** Les soins hospitaliers ont fait l'objet d'une grande loi d'organisation privilégiant le service public en 1959, alors que la médecine ambulatoire a été abandonnée au primat libéral. L'appui au non lucratif a été dédaigné alors que l'initiative mutualiste notamment tissait un dense réseau d'établissements hospitaliers et de centres de santé. C'est tout au contraire sur une logique de marché que se densifie l'offre de soins : concentration des praticiens dans les zones de plus riche niveau économique (les dépassements d'honoraires en sont le vecteur) et développement de groupes privés hospitaliers (auxquels la loi HPST ouvre la délégation de service public !). Le premier fait creuse les inégalités d'accès, le second nourrit une segmentation des soins en se focalisant sur les plus rentables, les deux sont préjudiciables à l'organisation cohérente des urgences et de la permanence des soins. Le service public en subit la charge en même temps que la pression d'une convergence tarifaire avec le privé lucratif. Le système a vécu une longue période d'inflation des coûts générée par la rémunération productiviste et quantitative (cotation à l'acte, pourcentages pharmaceutiques) qui a pénalisé toutes les évolutions qualitatives. ***Il faut revenir à l'objectif de santé et à l'intérêt public. Autorisations, remboursements et rémunérations doivent être exclusivement soumis au premier, le conventionnement des opérateurs par l'assurance maladie doit être absolument conditionné au second.*** (Les nouveaux critères de rémunération additionnelle des médecins auraient été l'occasion de lier conventionnement et respect des tarifs opposables. C'eût été un « secteur optionnel » fort appréciable en médecine de ville.)

- **Le financement de la Sécurité sociale doit retrouver une assise renforçant sa pérennité. Il faut pleinement l'inscrire dans l'évolution de l'économie** (plus value technologique et financière, flux internationaux de productions et de capitaux) **et des revenus** (salaires, rémunérations annexes liées au résultat, à l'intéressement, revenus du capital et du patrimoine). **Il faut l'inscrire aussi dans les nouveaux périmètres économiques et sociaux** (le noyau fort de l'Union Européenne à minima pour une taxation des importations et des transactions financières). S'agissant de l'assurance maladie il faut mettre fin à la taxation des malades (de 2004 à 2009 les dépenses de l'AMO ont augmenté de 19 %, le reste à charge des malades a augmenté de 38,6 %) et à l'érosion de la prise en charge du régime obligatoire. **De nouvelles recettes pérennes sont nécessaires. La CSG présente pour ce faire l'assiette la plus large et la plus équitable.** Pour les prélèvements obligatoires d'Etat on n'a pas craint de recourir à la contribution sur la consommation et les échanges (TVA) au point d'en faire l'impôt prédominant ; faut-il s'interdire d'y avoir recours pour les prélèvements de solidarité nationale ? La question mérite une étude contradictoire approfondie en contexte de déséquilibre du financement actuel (outre le fait qu'elle rétablirait une certaine universalité contributive).

---

Cette rentrée 2011 est dominée par de lourdes hypothèques : volatilité financière, déséquilibres budgétaires, croissance léthargique, déséquilibres mondiaux. L'avenir de la Sécurité sociale n'est pas un débat hors du temps, mais un enjeu qui participe de tous les défis actuels. Lui sont liés les défis de la croissance riche en emplois, de relance de la production nationale, de l'équité et de la cohérence des prélèvements fiscaux et sociaux, de l'équilibre des budgets publics, de la justice sociale redistributive. L'avenir de la Sécurité sociale n'est donc pas un débat second ni subordonné. C'est un débat citoyen et une priorité politique participant au rétablissement et à la modernisation du pays.

