

I. Une philosophie originelle progressivement dévoyée

Les trois mondes de l'Etat social

	Libéral résiduel	Corporatiste conservateur	Social-démocrate
Couverture	marginale	professionnelle	universelle
Destinataire	pauvres	travailleurs	citoyens
Responsabilité	autorités publique centrales	caisses	autorités publiques décentralisées
Prestations			
- gamme	limitée	moyenne	étendue
- structure	ad hoc	contributive	fiscale
- niveau	modeste	variable	adéquat
- conditions	besoins éprouvés	contributions	citoyenneté
Financement	fiscal	contributif	fiscal
Redistribution	verticale	horizontale	verticale

Le plan français de Sécurité sociale

- Rompre avec les pratiques d'assistance : des **droits**, adossés au travail, financé par des CS, et non des aides conditionnelles
- 4 risques : maladie, vieillesse, famille, accident du travail/maladie professionnelle (mais une caisse unique à l'origine)
- La démocratie sociale et non le paritarisme
- La double solidarité de la branche maladie :
 - Riches/pauvres
 - Malades/bien-portants
 - « **Chacun paie selon ses moyens et reçoit selon ses besoins** »
- Composer avec les partisans de « l'objection libérale » :
 - Le petit patronat et la « boutique »
 - La médecine libérale
 - La Mutualité
- Cependant, l'article 39 des ordonnances de 45 avait prévu la possibilité que la Sécu puisse faire « complémentaire » (comme en Alsace-Moselle)

Le tournant gestionnaire de la Sécu

- L'encerclement de la démocratie sociale par le « paritarisme » (UNEDIC (1958), retraites complémentaires)
- 1967 : les gestionnaires prennent le pas sur les conseillers d'Etat
 - La fin de la démocratie sociale
 - La division en branches « responsabilisées »
- Les deux projets des « budgétaires »
 - Privatiser le petit risque (Nora/Naouri)
 - L'enveloppe globale (→ PLFSS et ONDAM)
- La longue litanie des plans de redressement des comptes de la Sécurité sociale → érosion du taux de couverture des dépenses de santé par la Sécu

Grandes évolutions depuis les années 1980

- La fiscalisation des recettes de certaines branches : famille, maladie (CSG) parallèlement à la prise de pouvoir de la technostructure et à l'éviction des partenaires sociaux de la « gouvernance » (maladie, famille)
- L'extension prochaine de ce processus à l'assurance chômage (projet Macron) ?
- Le lien de plus en plus étroit entre cotisations et prestations (neutralité actuarielle dans les pensions de retraites → projet de retraite à points de Macron)
- La mise sous condition de ressources : le retour en force des pratiques assistantielles + durcissement des critères d'accès à ces prestations (→ non-recours aux droits) dans un contexte de chasses à « l'assistanat »
- Dualisme assurance/fiscalité et privatisation rampante (maladie : vers les complémentaires et les familles ; retraites : vers les assurances privées)

Quelques chiffres clés (2014)

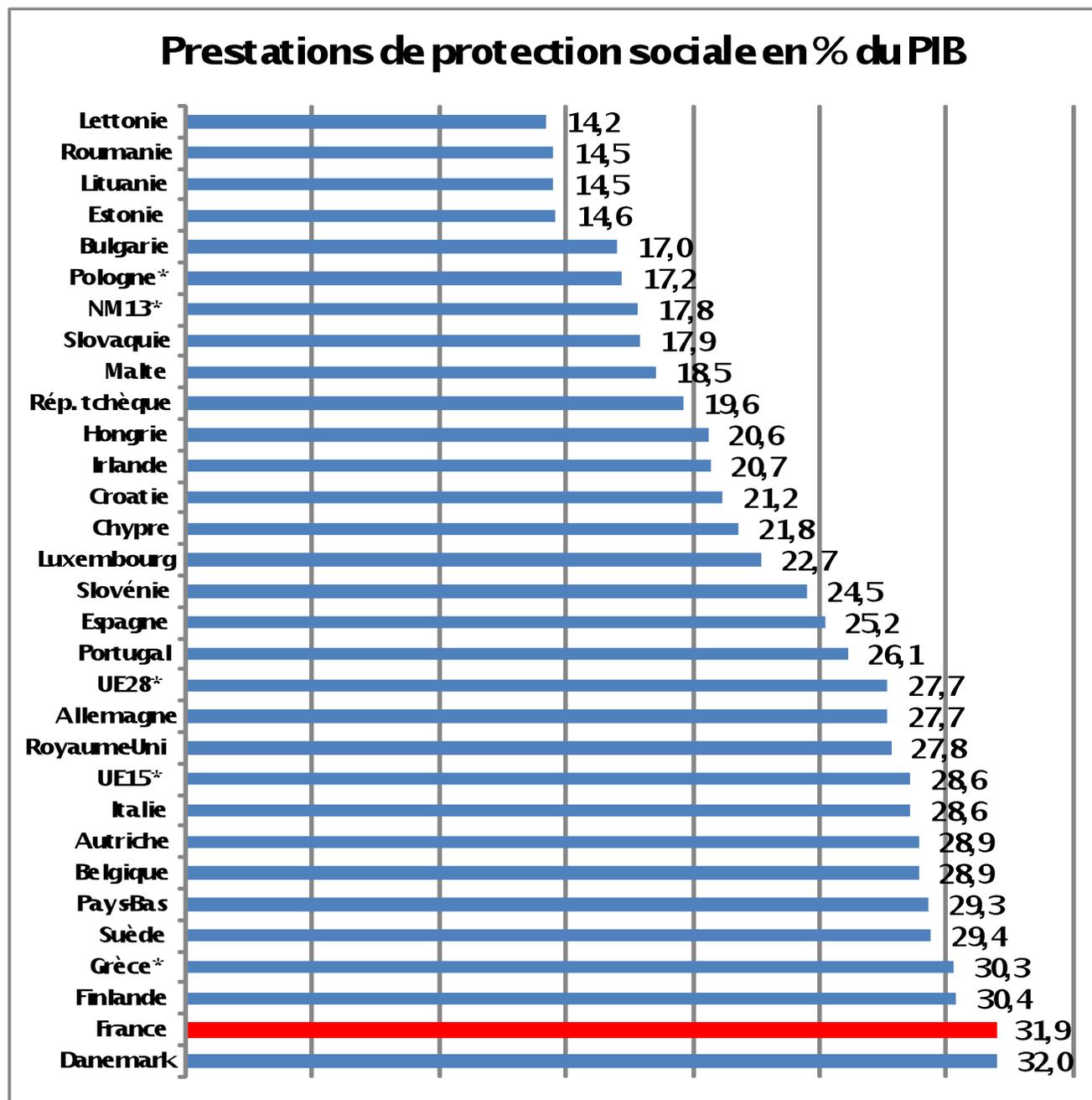
- Les dépenses de protection sociale :
 - 736,5 Mds € (rappel total des dépenses Etat en 2014 < 400 Mds €) dont 689,8 Mds € de prestations (augmentation de 2,2% sur l'année)
 - 32,2% du PIB
 - 51% de la dépense publique
 - Hausse plus rapide que l'ensemble des dépenses publiques
- Les dépenses de sécurité sociale (sous ensemble des dépenses de protection sociale):
 - 472,1 Mds € en 2014 hors FSV (20,6 Mds €)

Les dépenses de protection sociale

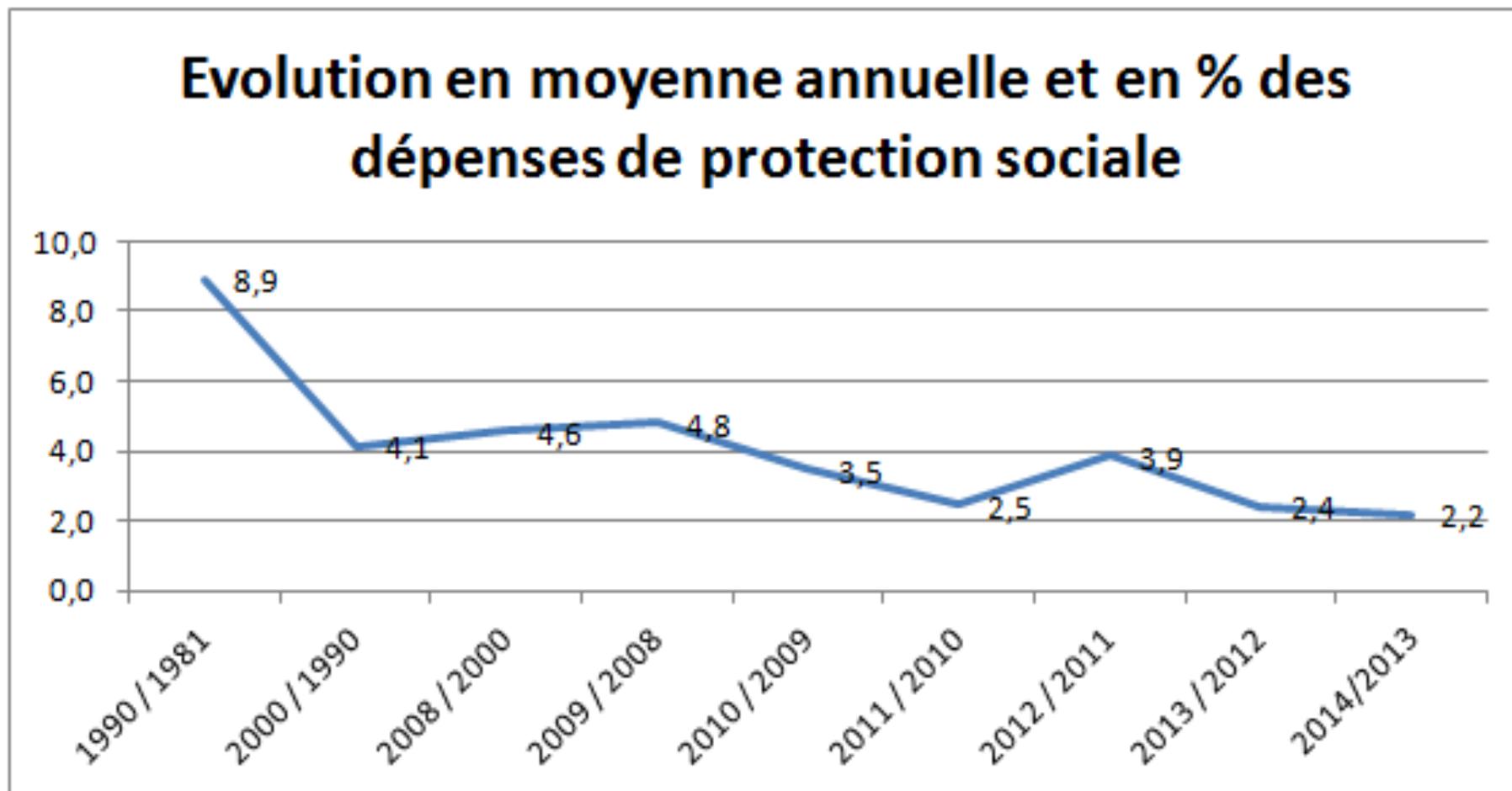
- 31,9% du PIB dans le trio de tête des pays de l'UE

- Limites de ces indicateurs

Les dispositifs de réduction fiscale ne sont pas pris en compte (ex: quotient familial en France) pas plus que d'autres politiques publiques pouvant contribuer à certaines politiques sociales (ex: scolarisation en maternelle) ou que certaines catégories de dépenses de protection sociale (primes versées à des organismes privés à but lucratif)

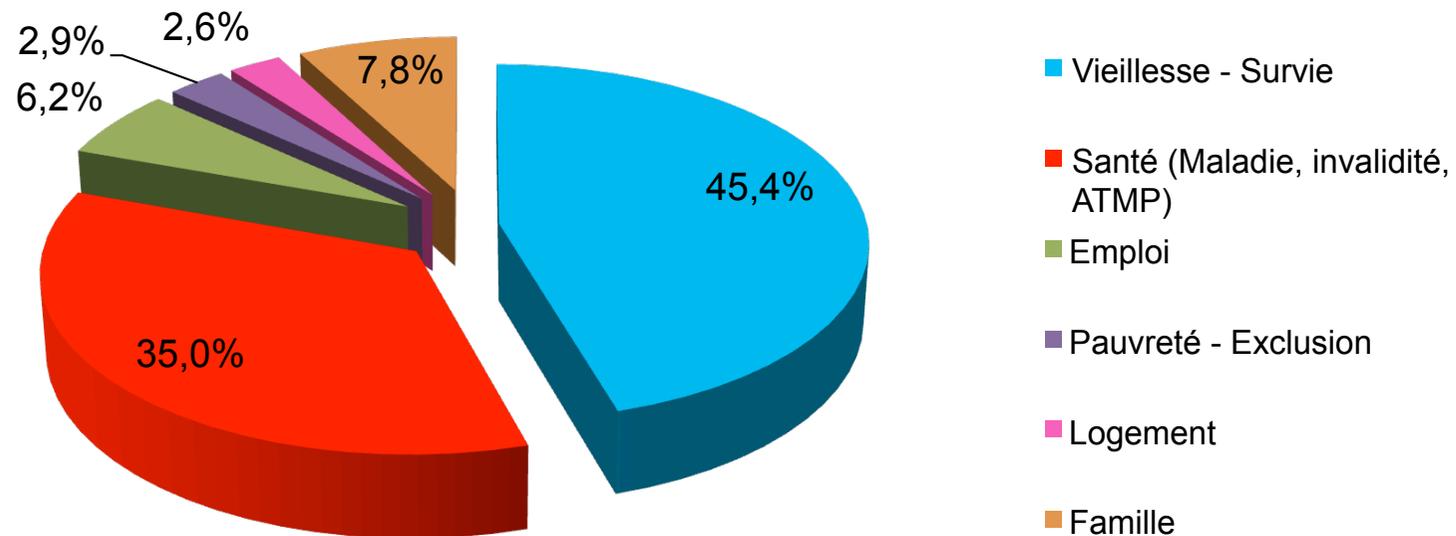


Une tendance au ralentissement ces dernières années



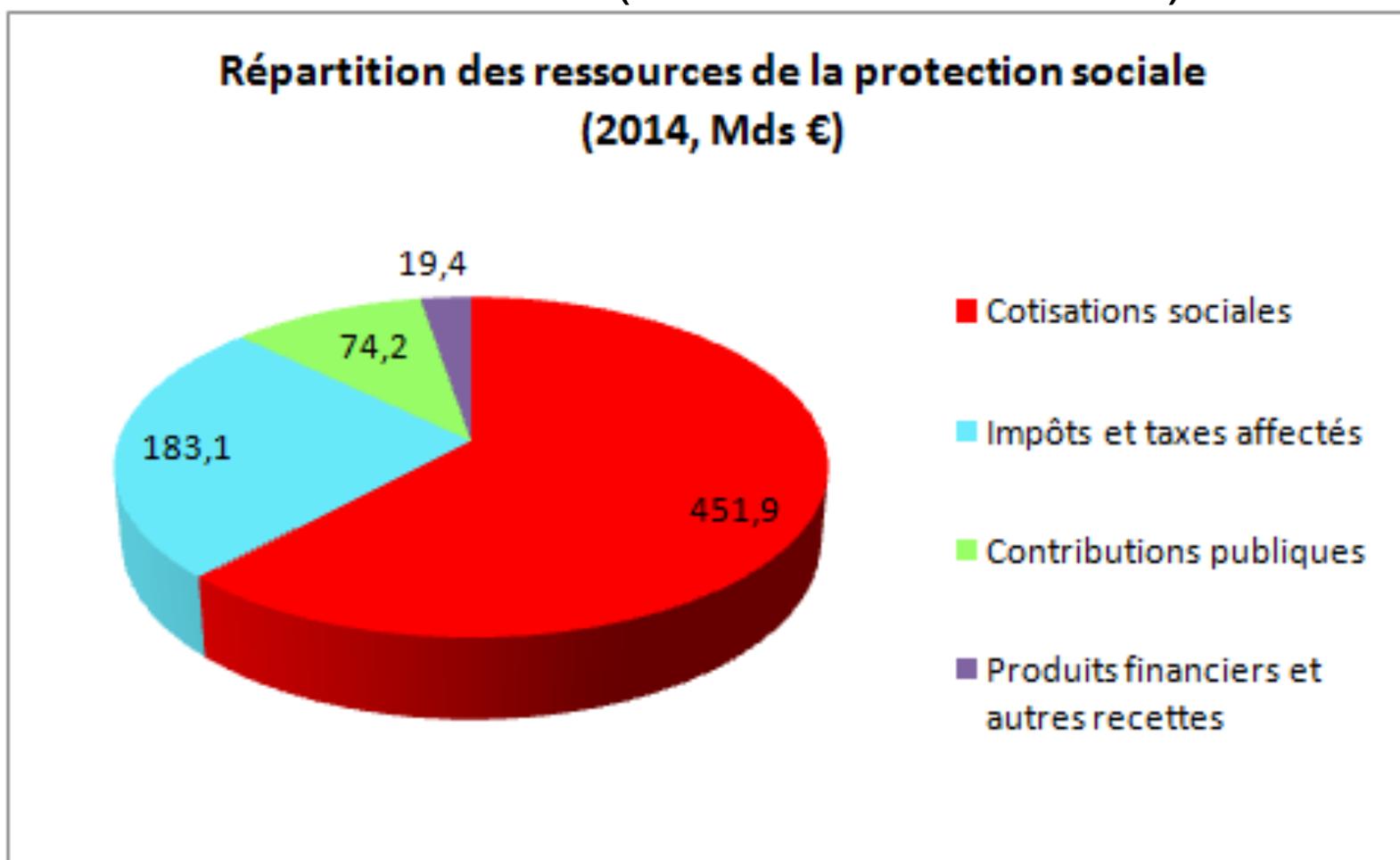
Les dépenses de protection sociale

- Les risques santé et vieillesse représentent 80% de la dépense de protection sociale...



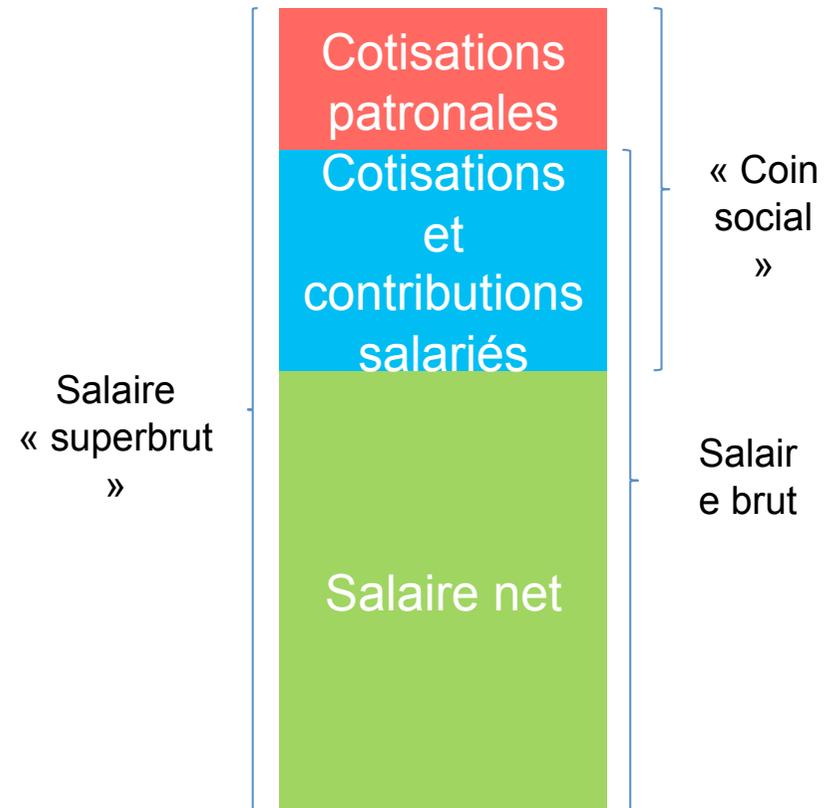
Les ressources de la protection sociale

Un financement majoritairement assis sur les cotisations sociales (62% des ressources) ...



Précisions sur les cotisations sociales et la CSG

- Salaire « super brut » : détermine le coût du travail
- Salaire brut : référence prise dans les négociations salariales
- Salaire net : pouvoir d'achat
- IR à la source qui pourrait brouiller certaines notions
- Tendance à la baisse des cotisations patronales et à l'augmentation des cotisations et contributions salariales



Le PLFSS 2018 (1)

- **Les dépenses de sécurité sociale augmenteront en valeur de 2,1% en 2018 contre en moyenne 2,4% sur 2007/2017.**
- **Hausse de 1,7 point de la CSG en contrepartie de la baisse des cotisations maladies et chômage :**
 - *Attention la baisse de 2,25 points au 1/01/18 puis baisse de 0,9 point des cotisations chômage restantes au 1/10/18, donc le gain de pouvoir d'achat quand il existera ne se fera vraiment qu'à l'automne 2018 pour certains retraités (pension supérieure à 1394€ par mois) perte de pouvoir d'achat et risque de perte de pouvoir d'achat pour les fonctionnaires (rendez-vous salarial prévu en octobre mais rien de concret pour l'instant)*
- **Adossement du RSI au régime général :**
 - *C'est un simple adossement, les cotisations restent inférieures à celles du régime général tout comme la couverture offerte, on est loin de l'universalité*
 - *Quid des salariés du RSI, sont-ils réembauchés et dans quelles conditions ?*
- **Transformation du CICE en allègement pérenne de cotisations sociales :**
 - ***On pérennise et on rend automatique (le CICE était un crédit d'impôt qui devait être demandé par l'employeur, désormais ce sera automatique) un cadeau de 21 Mds€ au patronat qui n'a jamais servi à créer des emplois (cf. les rapports de Franc stratégie qui se multiplient et qui ne parviennent pas à montrer que des emplois sont créés ou alors qu'ils sont créés à un coût excessif environ 200 000€ par emploi créé ou sauvegardé soit 4 fois plus que le coût moyen d'un emploi à temps plein en France).***

Le PLFSS 2018 (2)

- **Revalorisation de certaines allocations :**

- **Minimum vieillesse** qui devrait être relevé de 100€ d'ici 2020 pour atteindre 903€ (on reste en-dessous du seuil actuel de pauvreté autour de 1000€). Cette mesure ne doit pas faire oublier que Macron veut s'attaquer aux retraites avec la retraite à points et que la revalorisation des pensions de retraites a été reportée du 1/10/18 au 1/01/19.
- **Allocation adultes handicapés (AAH)** revalorisée à 860€ par mois en novembre 2018 puis 900€ en novembre 2019
- **Augmentation de certaines prestations familiales** comme le complément de libre choix du mode de garde pour les familles monoparentales mais ne pas oublier que Macron a dans ses cartons une baisse voire une suppression des allocations familiales pour les foyers les plus riches

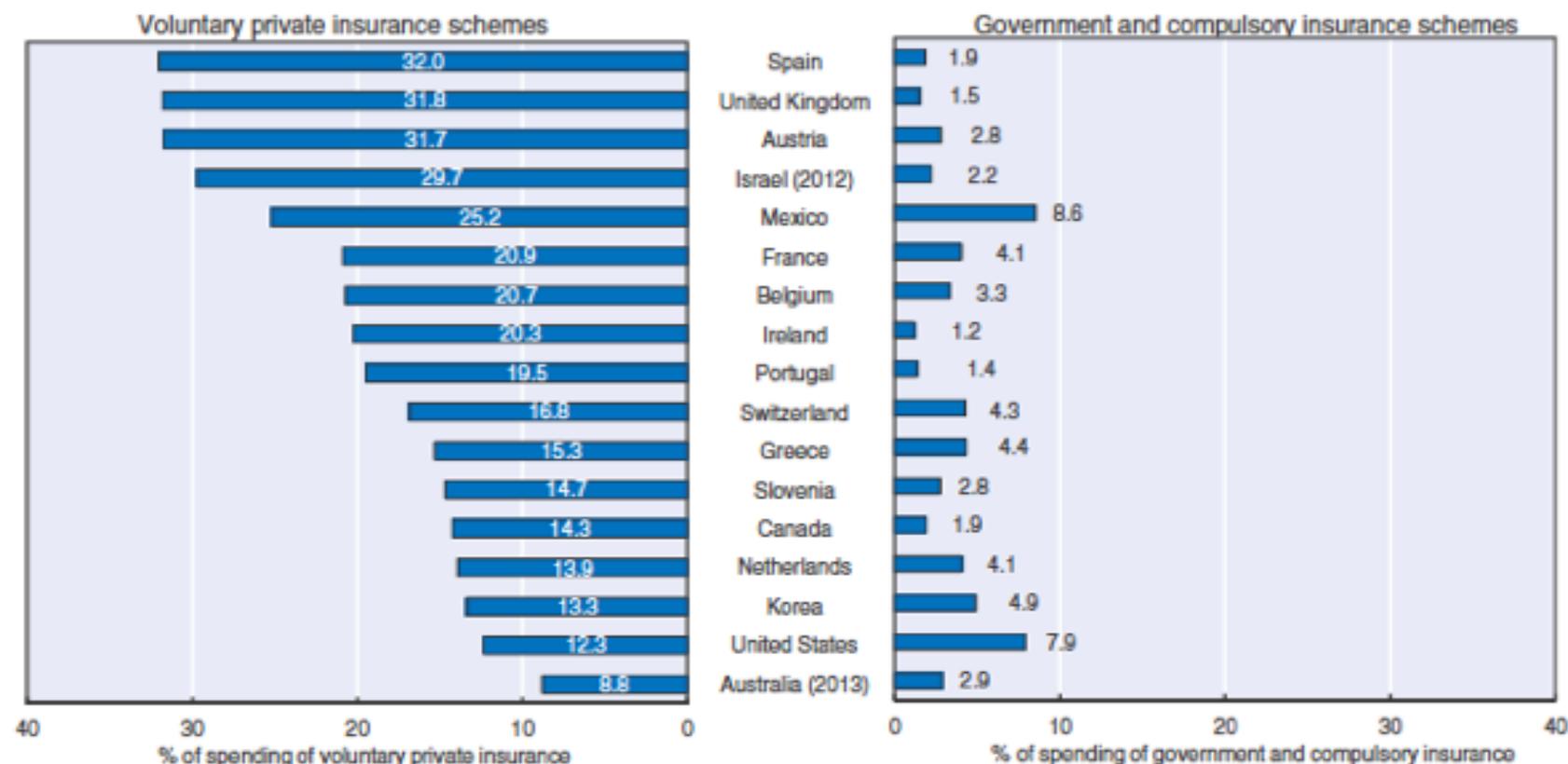
- **ONDAM (Objectif national de dépenses d'Assurance maladie) fixé à 2,3% :**

- C'est plus haut qu'en 2015 (2%), 2016 (1,8%) et 2017 (2,1%) mais **c'est bien plus bas que sous Sarkozy** (4% en 2007, 3,5% en 2008, 3,6% en 2009, 2,6% en 2010, 2,7% en 2011).
- Ça veut dire **plus de 4 Mds € d'économies pour l'assurance maladie en 2018 ce qui est énorme** alors que les hôpitaux ont déjà subi une cure d'austérité sans précédent.
- 4 Mds d'économies dont 1,4 Mds € sur les médicaments (baisse des prix, maîtrise de la consommation et promotion des génériques) et dispositifs médicaux, 1,4 Mds € sur l'offre de soins et 335 M€ sur la pertinence des actes (baisse des tarifs des actes de biologie et imagerie).
- **Une concertation pour éliminer le RAC en dentaires, optique et audioprothèse ?**
- Hausse du forfait hospitalier de 18 à 20 € : **Cette augmentation sera in fine payée par les Français** car ce forfait est pris en charge par les mutuelles qui vont répercuter cette hausse dans leurs cotisations (le Président de la mutualité l'a déjà dit). De plus les Français qui ne sont pas couverts par une complémentaire subiront directement cette hausse.
- Hausse du paquet de cigarettes à 10 € : Bonne mesure mais cette hausse ne se fera pas d'un coup mais progressivement ce qui limite les effets sur la consommation. C'est donc **une mesure pour augmenter les recettes et non pour faire diminuer la consommation de tabac.**

La concurrence du côté du financement : ça ne marche pas !

- Tout euro transféré de la Sécurité sociale vers les AMC est un euro inégalitaire.
- Les travaux positifs et normatifs d'économie de la santé montrent que si les systèmes de santé fondés sur un financement public/privé mixte sont préférables, le périmètre d'intervention des financeurs privés doit être strictement contenu (Grignon).
- Les exemples allemand et batave montrent qu'il est très difficile, techniquement et politiquement, de réguler un marché privé de l'assurance, et notamment d'éviter les pratiques d'écrémage des risques aux dépens des opérateurs publics ou privés « solidaires ».
- La concurrence même « régulée » entre financeurs ne débouche pas sur la maîtrise du coût et la qualité des soins (gain d'efficacité par conventionnement sélectif par ex.) mais engendre plutôt des rentes de situation pour les opérateurs (segmentation des risques, etc.).
- Sur ce type de marchés, la « souveraineté du consommateur » est un leurre : les opérateurs savent déjouer la régulation, sauf à monter des usines à gaz coûteuses. Autrement dit, la concurrence se fait aux dépens des plus faibles (les plus pauvres et/ou âgés), qui sont aussi les plus captifs (cf. la réforme Medicare de 2003 ou les Pays-Bas).

Figure 6.4. Health administration expenditure as a share of financing schemes' total health spending, 2014 (or nearest year)



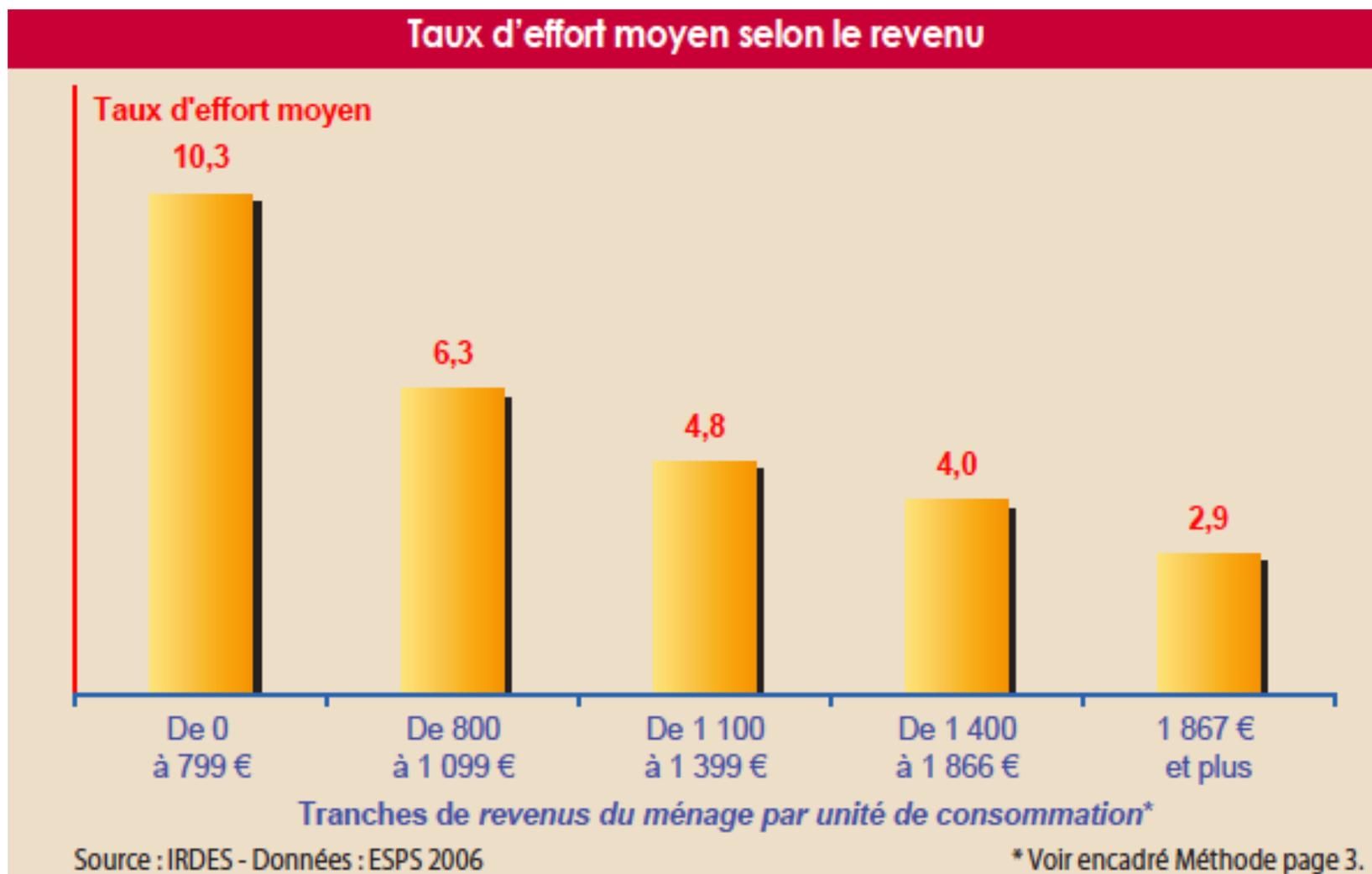
Source: OECD Health Statistics (2016), <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933444271>

In summary, analysis of the existing data suggests that:

- Little difference arises in governments' administrative costs between tax-based systems with residence-based entitlement and single-payer, insurance-based systems.
- Single-payer systems have lower administrative costs than multi-payer systems.
- Multi-payer systems with free choice of insurer tend to have higher administrative costs than multi-payer systems with automatic affiliation.
- Private insurance schemes have much higher administrative costs than any public schemes.

Un financement régressif

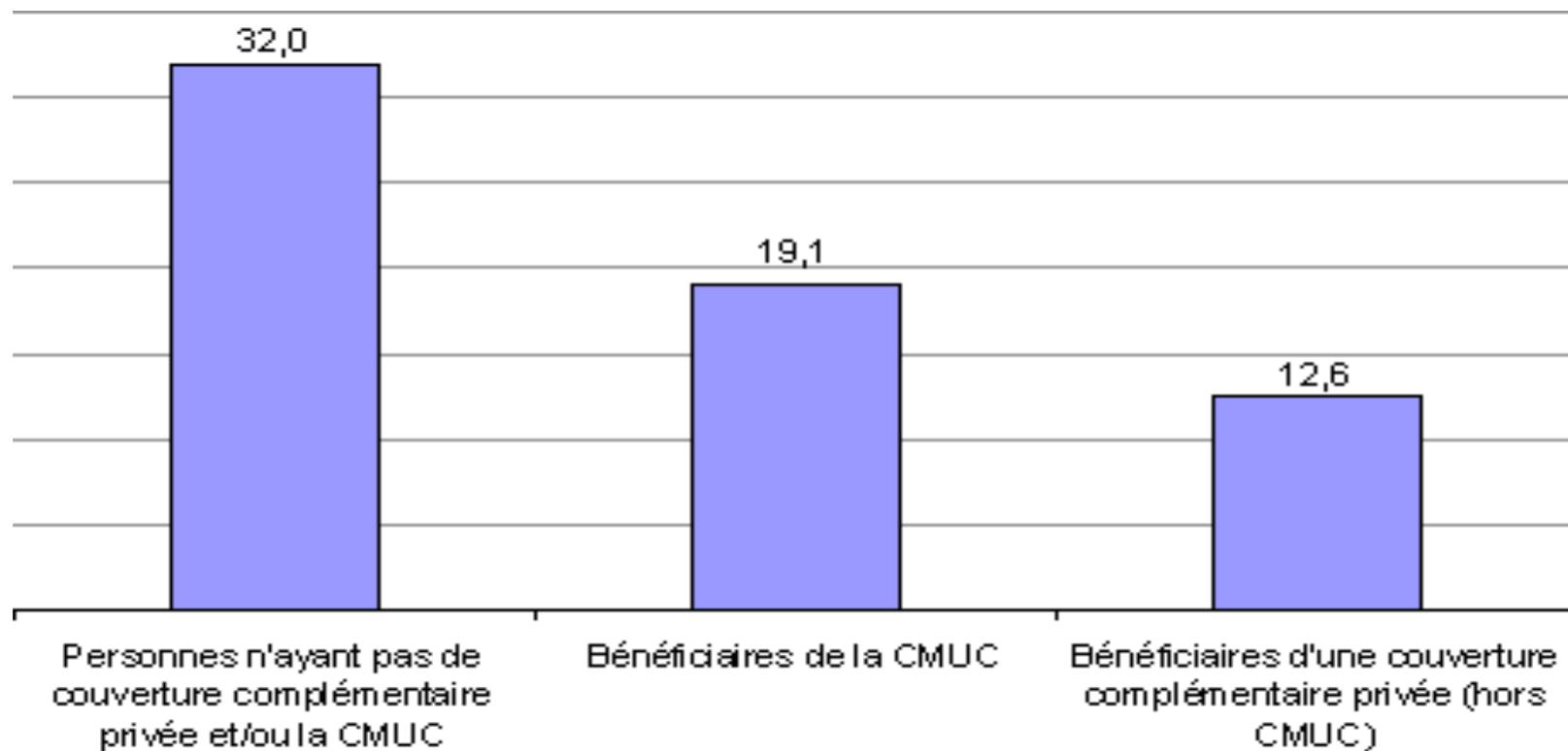


Inégalités d'accès à la protection sociale, inégalités de recours aux soins

La consommation de soins est très liée à l'accès à une couverture complémentaire :

- Près de 6% de la population n'est pas couvert par une complémentaire santé
- Cette proportion atteint 14 à 19 % de la population parmi les personnes aux revenus les plus modestes
- 43% des personnes non couvertes invoquent le coût de la complémentaire santé
- Les personnes bénéficiant **d'une assurance complémentaire** engagent des dépenses ambulatoires supérieures de 29 % à celles des personnes qui en sont dépourvues
- 1 personne sur 7 déclare avoir renoncé à des soins pour raisons financières en France
- Ces renoncements concernent en premier lieu les soins optiques, dentaires et les soins de spécialistes
- Ils dépendent de l'accès à une couverture complémentaire mais aussi de sa qualité

Renoncement aux soins pour raisons financières



Source : enquête SPS 2006

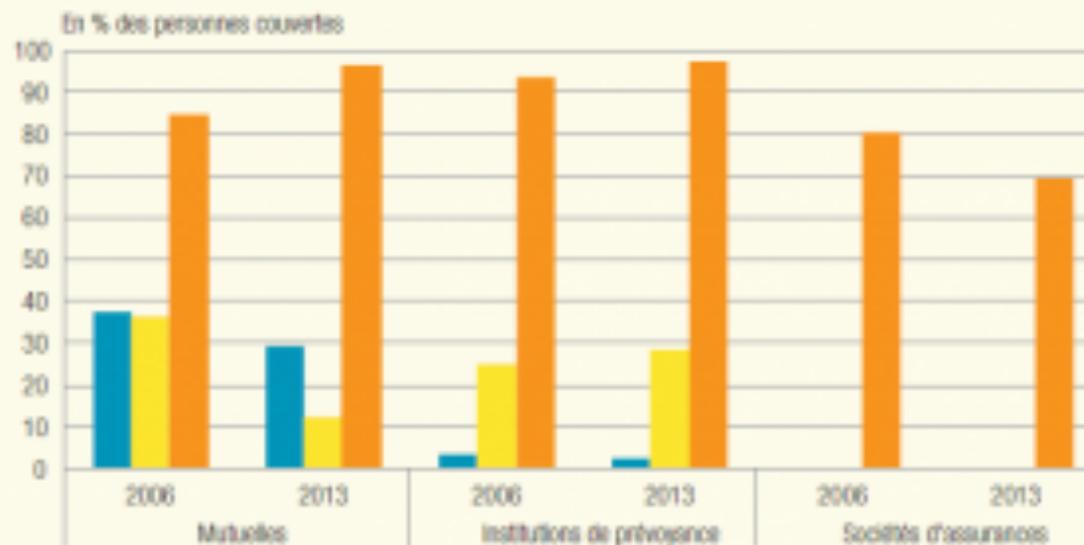
Le recul inexorable des pratiques solidaires



GRAPHIQUE

Évolution des modes de tarification des contrats individuels entre 2006 et 2013, par catégorie d'organisme complémentaire

- Tarif dépendant du revenu
- Tarif ne dépendant pas de l'âge
- Forfait famille ou gratuité à partir du 2^e, 3^e ou 4^e enfant



Note • Les institutions de prévoyance ne couvrent que 4 % de la population couverte par un contrat individuel.

Par ailleurs, 98 % de leurs assurés en individuel ont 60 ans ou plus.

Lecture • 98 % des personnes couvertes par des mutuelles bénéficient en 2013 d'un tarif qui offre un forfait famille ou la gratuité à partir du 2^e, 3^e ou 4^e enfant.

Champ • Contrats individuels les plus souscrits.

Source • DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.

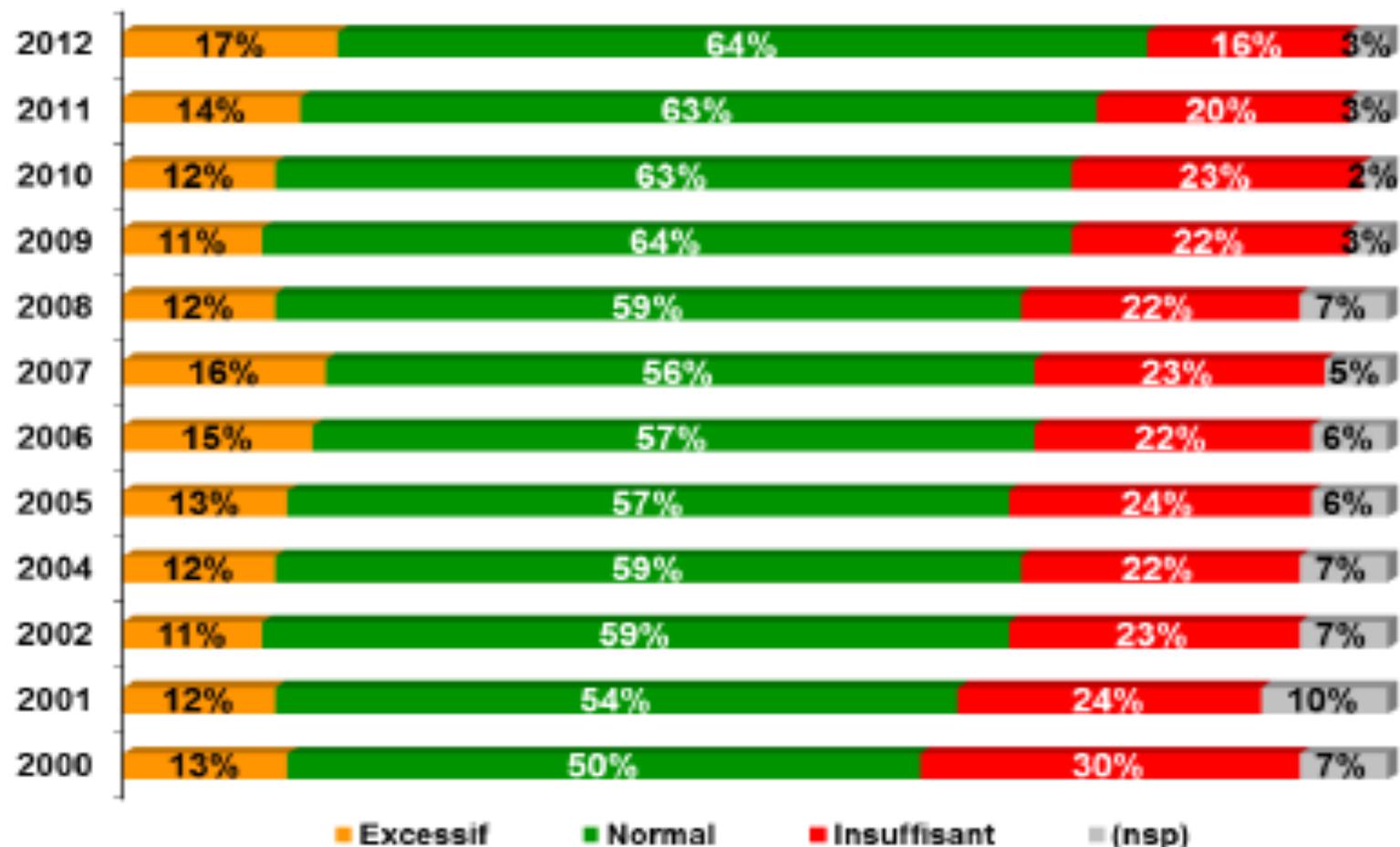
2017 - : la continuité

- La Sécurité sociale est surtout impactée par la contrainte budgétaire organisée à l'échelle de l'UE → l'assurance maladie, deuxième poste budgétaire de l'Etat social, est dans le viseur
- Le candidat Macron n'a évidemment jamais mis en cause l'extension du périmètre des AMC et, plus généralement, la place du secteur privé dans le système de santé (cliniques, médecine libérale, industrie, etc.) → la privatisation rampante va continuer (financement et offre de soins)
- ONDAM de 2.3% alors que les dépenses évoluent à un rythme spontané de 4% ; absorption par l'augmentations des honoraires médicaux
- L'hôpital sous pression

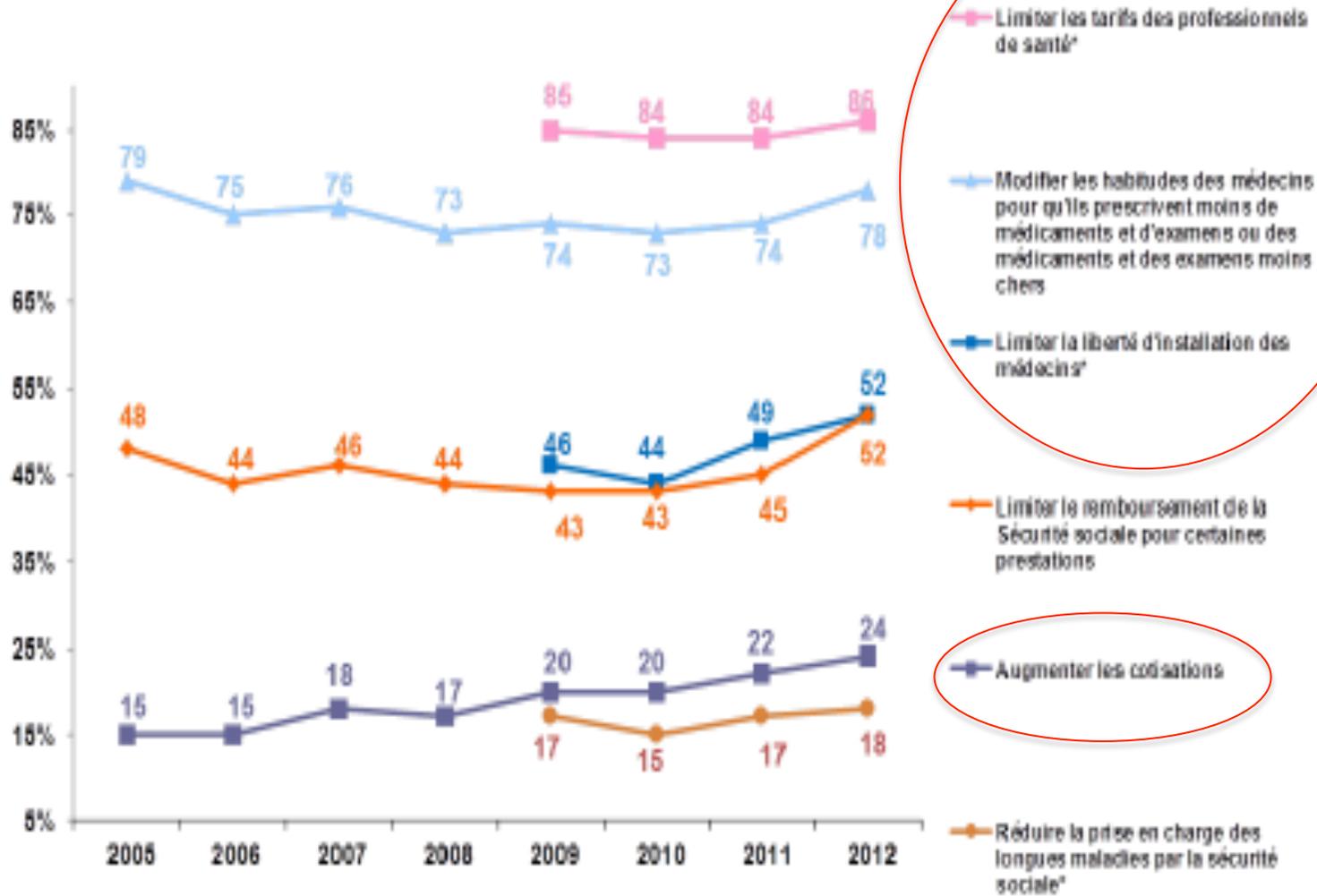
Le fantasme idéologiquement intéressé du « ras-le-bol socio- fiscal »

Quelques enseignements du
baromètre DREES

Q86. Le jugement sur la part du revenu national consacré au financement de la protection sociale (%)

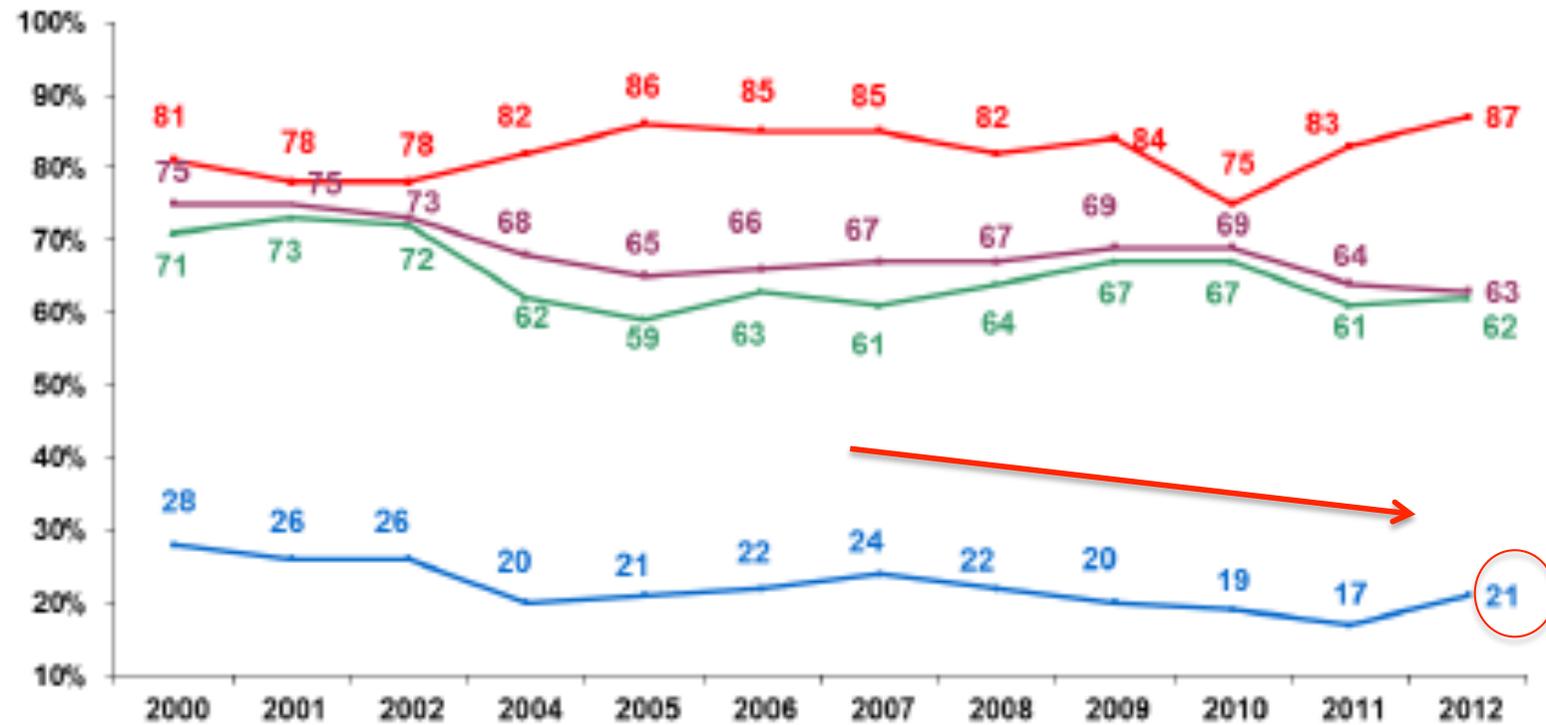


Q73. Les mesures permettant de réduire le déficit des dépenses de santé



Agir sur l'offre de soins avant d'envisager le recul de la Sécu

Q71. La perception des dépenses de santé (% Plutôt d'accord)



- Les dépenses de santé sont trop élevées car le système n'est pas bien géré
- Dans un pays développé, il est normal que l'on dépense de plus en plus pour la santé
- Il n'y a pas de raison de limiter les dépenses car la santé n'a pas de prix
- S'il n'y avait pas le monopole de la Sécurité Sociale, ça marcherait mieux

**-COMPARATIF-
TOTAL DES CITATIONS**

	Les inégalités les plus répandues			Les inégalités les moins acceptables		
	2012	2011	Evolu- tion	2012	2011	Evolu- tion
	%	%		%	%	
Les inégalités de revenus	59	65	-6	31	37	-6
Les inégalités de logement	37	35	2	41	38	3
Les inégalités par rapport au fait d'avoir un emploi	24	24	=	18	18	=
Les inégalités d'accès aux soins	26	24	2	45	46	-1
Les inégalités par rapport au type d'emploi	17	16	1	14	14	=
Les inégalités liées à l'origine ethnique	17	15	2	26	23	3
Les inégalités dans les études scolaires	13	13	=	18	18	=
Les inégalités liées à l'héritage familial	6	6	=	6	7	-1

Ce sont de loin les inégalités les moins acceptables

Face à ce constat, que faire ?

- Le **statu quo** : faire avec le double pilier AMO/AMC et « réguler » davantage le marché des AMC (E. Macron)
- La reconquête de la Sécu : une option politiquement réaliste au regard des chiffres évoqués
 - **L'option radicale** : le 100% pour le panier de soins, le reste relevant des assurances maladie supplémentaires. Dans ce cas, l'emploi du secteur mutualiste serait reversé dans les actions de santé publique... Il y a beaucoup à faire (Hirsch & Tabuteau, Pierru, Mélenchon)
 - **L'option « réformiste » ou gradualiste** : permettre aux assurés de choisir la Sécurité sociale comme AMC, sur le modèle d'Alsace Moselle, puis aller vers le 100%... Comme l'a montré l'histoire de la CMU, les individus préféreront dans leur grande majorité la Sécu... (Grimaldi)
- Réinventer la démocratie dans la Sécurité sociale : en revenir à 45 serait insuffisant

Le 100% Sécu : un objectif financièrement réaliste

- Transformation des primes de complémentaire santé en cotisations sociales → il faut trouver 16.5 milliards d'euros (soit le RAC) :
 - Fusion des personnels et suppression du doublon Sécu/complémentaires : **entre 5 et 6 milliards d'euros**
 - Interdiction des dépassements d'honoraires : **7 milliards d'euros d'économies**
 - Mesures d'économies sur le médicament : **2.5 milliards d'euros**
 - Régulation plus stricte de certains tarifs (optique, dentaire) : **1 milliards d'euros**
 - Le compte est bon sans tenir compte de la suppression des niches sociales (**3 milliards d'euros**)

Pour cette reconquête, reconsidérer les forces en présence

- S'appuyer sur les tensions internes au monde mutualiste : la base militante du mutualisme, la Fédération des Mutuelles de France, les défenseurs des petites et moyennes mutuelles, ou encore des mutuelles de village...
- Comme on l'a vu, « recadrer » le débat public : présenter les AMC pour ce qu'elles sont, un marché inégalitaire et inefficace, de plus en plus concentré, et **présenter**, contre l'objection du « ras le bol fiscal », **les primes aux AMC comme des impôts privés inégalitaires et dont 20 à 25% s'évaporent en coûts de gestion et de marketing.**
- S'appuyer sur l'exaspération d'une partie de l'Opinion publique à l'égard des hausses de primes
- Les syndicats doivent reprendre l'offensive sur la Sécu, et ne plus jouer le jeu des IP...