Menaces sur la protection sociale

Un système construit selon un principe de solidarité

Les principes du système français de sécurité sociale, mis en place en 1945 dans la continuité des idéaux de la Résistance, rompent avec le système d'assistance comme avec ceux de l'assurance individuelle et jettent les bases d'une protection sociale collective, solidaire et obligatoire.
C'est à la fois une couverture universelle dans un régime unique et une assurance professionnelle, indépendante de l'Etat, gérée par les intéressés.

Les cotisations étant essentiellement assises sur les salaires, la montée du chômage depuis les années 70 et le développement de la précarité ont fragilisé le financement de la sécurité sociale. Les gouvernements ont cherché à réduire le déficit en diminuant les prestations et en augmentant les cotisations. La crise du système date de l'arrivée du chômage de masse et du changement du rapport de forces entre capital et travail.

Les remises en cause

La stagnation des salaires, les allègements et exonérations de cotisations patronales, ont augmenté la part des profits et la rémunération des actionnaires et grèvent lourdement les recettes de la sécurité sociale. Le modèle sur lequel la sécurité sociale a été créée est remis en cause par les patronats et les gouvernements européens qui voudraient faire la part belle à l'assurance privée.

Ces politiques sont inspirées par une idéologie néo-libérale qui se situe dans une optique contraire de celles des conquêtes sociales : elle s'organise autour de la notion de responsabilité individuelle et revendique l'héritage des penseurs libéraux du 19° siècle. Dans cette logique, l'individu est atomisé ou réduit à ses seules solidarités familiales, la charité les palliant quand elles font défaut. Il n'y a pas de solidarité sociale. C'est le règne de «l'Insécurité sociale».
Ce renouveau d'idées éculées suit un rapport de forces devenu très défavorable au travail. Les diverses branches de la Sécurité sociale, issues du programme du Conseil national de la Résistance, sont mises en cause par l'idéologie néo-libérale.

Un déficit artificellement créé par une réduction des recettes

Le déficit annoncé pour 2011 serait de 14 milliards pour la branche maladie, 10,5 milliards pour la branche vieillesse, 3 milliards pour la branche famille, 350 millions pour la branche accidents du travail et maladies professionnelles.
La solution proposée par le gouvernement : des économies sur les dépenses maladie.
Les exonérations considérables de cotisations employeurs sur les bas salaires (plus de 15 milliards par an) incitent à ne pas augmenter les salaires, tandis que leur incidence sur la création d'emplois n'est pas démontrée. Selon la Cour des comptes, les exemptions d'assiette sociale – tickets-restaurant et indemnités de départ à la retraite, mais aussi participation, intéressement… et stock-options – coûtent annuellement entre 30 et 35 milliards d'euros.
La fraude, le chômage de masse, la faiblesse des salaires, sont autant de facteurs qui réduisent les cotisations.

Les déficits, qui n'existeraient pas en définitive sans une minoration volontaire des recettes, serviront d'arme pour montrer que « la gestion publique ne marche pas ». Certains demandent la fin du monopole de la sécurité sociale, qu'ils rendent responsable de la dérive des dépenses de santé : ils souhaitent que chacun puisse s'assurer auprès de l'opérateur de son choix, défendant l'idée pourtant inexacte que les assurances privées sont plus efficaces pour réduire les coûts. En réalité, dans les pays (Suisse, Etats-Unis) où ce système est en place, on observe de 1984 à 2005 les plus fortes augmentations de coûts de tous les pays de l'OCDE (respectivement 53 % et 48,1 % contre 35,4 % pour la France).

Le renforcement des inégalités devant l'accès aux soins

C'est suite à une série de déremboursements (forfait hospitalier, forfait d'un euro, etc.) et dans cette perspective de transfert sur l'assurance privée que les « franchises » sont apparues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Avec les franchises, contrairement au principe de solidarité (tous les cotisants payent pour les malades), les malades payent pour les malades.

Près de 10% des patients n'ont pas de complémentaire. Pour beaucoup, ces franchises constituent un nouvel obstacle financier. D'où pour certains un retard ou une renonciation à se soigner. Et donc finalement un recours à la médecine hospitalière pour des pathologies aggravées donc plus coûteuses. Les franchises sont inefficaces tant sur le plan de la santé que sur le plan financier.

Il faut revenir sur les exonérations de cotisations sociales, élargir le financement de la sécurité sociale aux revenus financiers aujourd'hui largement exonérés.