Dossier
protection sociale (suite)

Catherine Mills

Le rapport de la Commission des affaires sociales du Sénat de juillet 2007, vise à préparer l'adoption à marche forcée des plans de Sarkozy par le Parlement lors des débats sur la loi de financement de la Sécurité sociale à l'automne. Aussi juge-t- il que l'ampleur du déficit structurel de la Sécurité sociale appelle des réformes radicales structurelles pour un retour pérenne à l'équilibre comptable. Les lois de 2003 sur les retraites et de 2004 sur l'assurance maladie constitueraient des fondations sur lesquelles de nouvelles constructions « plus ambitieuses » doivent être conçues. En tenant compte qu'il n'existe pas de « recette miracle », c'est sur les dépenses que la réflexion doit se porter en priorité…

Un tsunami de réformes ultra–libérales contre la Sécurité sociale solidaire

A. Sauver la réforme des retraites (et non sauver les retraites) !

Selon le rapport, la loi Fillon de 2003 constitue une « réforme d'envergure », mais elle est menacée par la dégradation des comptes de l'assurance vieillesse et, lors du rendez-vous de 2008, il faudra envisager d'importants efforts de redressement dépassant de simples ajustements Le risque d'une perte de maîtrise des comptes de la branche vieillesse d'ici à la fin de la législature est agité fermement.

De 2003 à 2007 la croissance des dépenses (25,7 %) a été supérieure à celle des recettes (17,6 %). le déficit devrait atteindre au minimum, 4,66 milliards d'euros en 2007, soit plus de 5 % des prestations versées.

Les effets des facteurs démographiques se conjuguent à un déséquilibre financier « de nature structurelle », dont la tendance, selon le rapport n'est pas soutenable ; le déficit de la branche vieillesse apparaît « *comme le plus dangereux et le plus difficile à résorber de l'ensemble des finances sociales* ».

L'équilibre voulu par la réforme de 2003 reposait sur des mesures d'économies, mais également sur des dépenses nouvelles correspondant aux contreparties sociales destinées à rendre la réforme acceptable. Le rapport estime que le solde de ces mesures aboutirait à couvrir environ un tiers du déficit prévisionnel de l'assurance vieillesse à l'horizon 2020 pour le secteur privé et près de la moitié pour les régimes du secteur public et rappelle que le bouclage devait être assuré par les excédents futurs de l'assurance chômage. Mais ce schéma d'équilibre doit être largement remis en cause ; si l'orientation générale de la loi Fillon demeure pertinente, selon le rapport, elle doit être renforcée. Il accuse le niveau élevé du coût du travail et des dépenses sociales et refuse d'accroître les prélèvements obligatoires.

Pour préserver un haut niveau de retraite, la solution serait de privilégier la poursuite de l'augmentation progressive de la durée d'activité, d'autant que, avoue le rapport, il n'y a pas de « *miracle à attendre du côté des futurs excédents de l'Unedic* ».

Un préalable serait « **d'arrêter l'hémorragie des préretraites** ». Alors que l'emploi des seniors était la clef de voûte de la réforme de 2003, les comportements individuels et collectifs n'ont pas changé : loin de remonter, le taux d'emploi des seniors a stagné et même peut-être diminué. Ce constat d'échec nécessite une action volontariste des pouvoirs publics afin de convaincre de la nécessité de relever l'âge de la retraite, alors que les salariés du secteur privé cessent toute activité professionnelle dès l'âge de cinquante-sept ans en moyenne L'âge moyen de la sortie du marché du travail, cinquante-sept ans et demi en France, est inférieur de plus de deux à la moyenne de l'Union européenne (cinquante-neuf ans et onze mois), de plus de trois ans par rapport à l'Allemagne (soixante ans et onze mois), de plus de cinq ans par rapport à la Suède (soixante-trois ans). Les entreprises continuent de recourir systématiquement aux « mesures d'âge », notamment dans certaines branches de l'industrie comme l'automobile. Le consensus entre employeurs, salariés et syndicats est sur ce point plus fort que jamais, au préjudice de l'assurance vieillesse. Dans le contexte financier actuel, « *le point de rupture n'est plus très loin* » insiste le rapport. À ceci s'ajoute les effets de la mesure des longues carrières, si bien que l'âge de cessation d'activité des salariés français du secteur privé n'aura jamais été aussi bas qu'en 2007. Dans ces conditions, souligne le rapport, il n'est pas surprenant que le Plan national d'action concertée pour l'emploi des seniors de juin 2006 n'ait donné aucun résultat positif…

Concernant la pénibilité, le rapport Vasselle veut revenir sur ce qui pouvait être considéré comme une des rares avancées potentielles de la loi Fillon qui invitait les partenaires sociaux à engager dans un délai de trois ans « *une négociation interprofessionnelle sur la définition et la prise en compte de la pénibilité* »[(1)]. Mais le rapport reprend à son compte les conclu-

sions d'un rapport du Conseil d'orientation des retraites de 2003[2], pour souligner «*qu'une définition trop large de la pénibilité serait susceptible de servir d'alibi à de nouveaux dispositifs de cessation précoce d'activité*». La prise en compte de la pénibilité au travail constituerait une spécificité française et le rapport souligne qu'en Suède, les responsables de l'assurance vieillesse refusent de la prendre en compte en jugeant notamment que des métiers autrefois pénibles ne le sont plus aujourd'hui, qu'il s'agirait de discriminer les assurés sociaux entre eux au nom du principe même de solidarité et que cela pénaliserait les femmes, moins susceptibles de bénéficier de ce type de mesures.

Selon la commission le dispositif des longues carrières n'est pas compatible avec le déficit structurel de l'assurance vieillesse, en raison du nombre des départs anticipés intervenant de cinquante-six à cinquante-huit ans dans ce cadre. Selon la Cnav, les dépenses correspondantes devraient atteindre 2,15 milliards d'euros en 2007 et ce dispositif, qui représente 63 % du déficit cumulé du régime général entre 2005 et 2007, aboutit à créer un mécanisme de préretraite supplémentaire inédit[3]. Cette situation, selon le rapport, ruine les tentatives engagées parallèlement pour augmenter le taux d'emploi des seniors.

Sur le long terme, le vieillissement de la population rendrait indispensable une réforme structurelle de l'assurance vieillesse. Cependant la prochaine réforme des retraites devra introduire des mesures à effet rapide. Au-delà de l'horizon à très court terme de l'année 2008, il conviendrait d'engager une réflexion à plus long terme sur les «contours d'une réforme systémique à l'horizon 2012» et le rapport recommande une réflexion sur les régimes par points et la mise en œuvre d'un système à cotisations définies sur le modèle des comptes notionnels suédois[4].

B. Assurance maladie : *«aller au-delà du plan d'économies»*

Le niveau fixé très bas de l'Ondam pour 2007 s'est finalement traduit par un dépassement important évalué par la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juillet à 2,6 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes, dont 2,2 milliards imputables au régime général. Le déficit de la branche maladie s'établirait, en 2007, à 6,4 milliards d'euros. La procédure établie par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie prévoit qu'après l'intervention du comité d'alerte, les caisses nationales d'assurance maladie «*proposent des mesures de redressement*». Après avoir annoncé un plan de 900 millions d'euros d'économies, la Cnam a finalement présenté un paquet de mesures avoisinant 1,5 milliard.

Le Plan d'économies proposé par la Cnam et ses modalités d'application

- **La contribution des assurés** résiderait dans un moindre remboursement hors parcours de soins : 50 % contre 60 % actuellement, alors qu'il est de 70 % en passant par le médecin traitant. Un relèvement du plafond du forfait «un euro par feuille de soins» en cas de consultations multiples a été institué début août, il pourrait passer de 1 à 4 euros par jour (dans la limite actuelle inchangée de 50 euros annuels). En outre, la ministre de la Santé, Roselyne Bachelot a annoncé la discussion sur le relèvement du forfait par visite de 1 euro à 1,50 dans le cadre de la loi de financement pour 2008 ;
- **La contribution des laboratoires et des pharmaciens** consisterait, ce qui est bien vague, dans la baisse de prix des médicaments et des dispositifs médicaux (compresses notamment…) ;
- **Les dispositions dites de «maîtrise médicalisée»** résideraient dans le tiers payant réservé aux médicaments génériques et la baisse des tarifs d'hospitalisation classique pour encourager la chirurgie ambulatoire ; là encore rien de précis ;
- **La contribution des médecins** s'effectuerait à travers la baisse des tarifs des biologistes et des radiologues. Il n'est donc pas prévu de réflexion globale sur la rémunération des praticiens qui reste une des causes essentielles de la hausse des dépenses de santé…
- **Les mesures sur les complémentaires santé** consisteraient dans une participation au financement des forfaits versés aux médecins (prise en charge des maladies longue durée, permanence des soins…). Ce sont ainsi 200 millions d'euros qui seraient demandés aux assureurs complémentaires; mais cette négociation s'avérera très délicate et, de toute manière, la mesure ne pourrait que se traduire par de nouvelles hausses des primes pour les assurés.
- Concernant **les mesures de gestion et de lutte contre les fraudes,** on procèderait à l'annulation de sommes prévues et non utilisées pour le lancement du dossier médical. Les médecins, jugés dans les statistiques des caisses comme «anormalement» prescripteurs de transports sanitaires seraient soumis à une mise sous entente préalable. Un contrôle systématique des arrêts de travail pour longue maladie serait effectué après 45 jours au lieu de 60.

Le total des économies prévues à travers ces mesures pourrait s'élever en année pleine à 1,465 milliard d'euros. Le Comité d'alerte souligne toutefois que «*sur l'année 2007, le montant d'économies correspondant peut être estimé entre*

370 et 570 millions d'euros dans l'hypothèse d'une mise en œuvre aussi rapide que possible (entre le 1er août et le 1er novembre selon les modalités d'application)». La Commission des affaires sociales du Sénat a aussi rappelé que le Comité d'alerte n'avait pas tenu compte, d'un possible dérapage de l'Ondam hospitalier et que, concernant la médecine de ville, il conviendrait de prévoir un lien entre le respect des objectifs fixés dans le cadre de la maîtrise médicalisée conventionnelle et les revalorisations des tarifs de consultations accordées aux médecins. Elle fait également état de réserves sur la procédure d'alerte elle-même : celle-ci favorise certes le débat sur l'état des finances de l'assurance maladie, mais elle ne permet pas, en raison des délais, de redresser les comptes dans l'année même, sauf à prendre des mesures drastiques.

Le rapport Vasselle souhaite «***des mesures structurelles dans le domaine des soins de ville***» : d'une part, faire évoluer le rapprochement entre les soins de ville et l'hôpital, et, d'autre part, obtenir des pouvoirs publics et des responsables des caisses qu'ils proposent des économies structurelles pour permettre un retour à l'équilibre des comptes. Cette nécessité serait d'autant plus forte que les dépenses de santé pourraient augmenter de 50 % d'ici à 2015, notamment en raison du vieillissement de la population.

De lourdes menaces pèsent alors sur les affections de longue durée (ALD), pour lesquelles il est suggéré une réflexion au titre que leur prise en charge absorberait 59 % des dépenses en 2004, et qu'à législation constante, elle en représenterait 70 % en 2015. L'assurance maladie se transformerait, selon le rapport, en assureur «gros risque» au détriment de la majorité de ses assurés. Il s'agirait de réfléchir à la mise en place de critères médico-économiques, voire de critères financiers en fonction des ressources du patient, en prétendant préserver le caractère universel de l'assurance maladie, qui risquerait à terme de ne protéger qu'une minorité d'assurés. La tentative de médicalisation de la prise en charge des ALD prévue par la loi de 2004 (ordonnancier bizone, protocoles de soins) montre ses limites, conclut le rapport, car ni les médecins traitants, ni les spécialistes, ni les médecins conseils n'ont matériellement le temps d'accomplir le travail conjoint qui résulterait de l'application des textes.

Les critères médicaux actuels d'admission en ALD sont déclarés inadaptés et source de pressions sur les médecins. La Haute autorité de santé (Has) devrait proposer, affection par affection, les critères médicaux, puis déterminer les actes et prestations pertinents pour une prise en charge à 100 %. Mais, selon le rapport, «*la réticence des professionnels et des associations de patients*» a conduit la Has à renoncer, pour l'instant, à se prononcer sur les critères d'admission. Si la Cour des comptes avait montré dans son rapport sur la Sécurité sociale de septembre 2006 qu' «*un véritable ralentissement des dépenses d'ALD est illusoire*», la charge qu'elles font peser sur les dépenses de l'assurance maladie doit imposer, selon le Rapport Vasselle, une réflexion afin de proposer des mesures plus contraignantes.

Les enjeux de la création d'un bouclier sanitaire. Raoul Briet, membre du collège de la Haute autorité de santé, et Bertrand Fragonard, président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) sont chargés d'une mission sur les conditions de mise en œuvre d'un «bouclier sanitaire». Cette réflexion s'inscrit dans un contexte plus large incluant la création de nouvelles franchises et les conditions de prise en charge des personnes en ALD.

La participation des assurés serait étendue au domaine des médicaments sous la forme d'un forfait par boîte. Cette mesure a été depuis confirmée par la ministre Roselyne Bachelot à raison de 50 centimes d'euro par boîte. Mais cette majoration devra tenir compte de la décision du Conseil constitutionnel du 12 août 2004 précisant que le montant de la majoration de la participation de l'assuré sera fixé à un niveau tel que ne soient pas remises en cause les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 précisant que la Nation «*garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé*». Ceci sert en réalité l'idée du «bouclier sanitaire» qui prétend déclencher une prise en charge à 100 % dès que le reste à charge supporté par l'assuré (franchise, forfaits et tickets modérateurs) dépasse un certain montant en fonction du revenu du ménage. Un dispositif de ce type est appliqué en Allemagne depuis 2004 où le plafond du reste à charge est fixé à 2 % des revenus bruts des ménages, et à 1 % pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

Au bout du compte, la prise en charge à 100 % des ALD serait amenée à disparaître pour être remplacée par le «bouclier sanitaire»… Les partisans de ce dernier affirment qu'il pourrait être plus protecteur pour les malades chroniques. Mais, ceci mérite plusieurs interrogations : la définition du seuil d'intervention du bouclier sanitaire, le contrôle de dépenses d'assurance maladie pour les assurés placés sous la protection du bouclier sanitaire, la place et le rôle des assureurs complémentaires dans ce nouveau système de prise en charge… Le rapport Vasselle relève lui-même les difficultés techniques, puisque le bouclier sanitaire suppose une mise à niveau des systèmes d'information de l'assurance maladie qui serait amenée à gérer des données relatives aux revenus des assurés, ce qu'elle ne fait pas aujourd'hui (et qui lui est pour l'instant impossible juridiquement…).
En fait, bien que présenté comme une «avancée sociale», le «bouclier sanitaire» apparaît comme un nouvel artifice pour sanctionner financièrement les plus malades et souvent les plus âgés.

Le rapport estime que «*l'hôpital est le grand absent de la réforme de l'assurance maladie*» et il s'agirait de faire participer plus activement les établissements de santé au redressement des comptes. Certes, avec la mise en œuvre du plan Hôpital 2007, une réforme du secteur hospitalier a été engagée, mais elle ne donne pas à l'heure actuelle les résultats escomptés. La tarification à l'activité (T2A) devrait être

renforcée, alors que sa mise en œuvre a été conçue comme progressive sur une période de huit ans, de 2004 à 2012. La montée en charge de la T2A dans les établissements publics fait qu'elle est maintenant effective à 50 % des actes, toutefois, selon le rapport, «*la convergence entre le secteur public et le secteur privé paraît en panne*». Dans un rapport de juillet 2007, le Hcaam[5] souligne «*l'analyse des écarts de performance des établissements, très élevés, montre qu'on peine à dégager des gains de productivité pourtant potentiellement élevés*». Le rapport Vasselle souhaite que soit engagée une réflexion sur les moyens d'accorder à l'UNCAM[6] une responsabilité plus importante en matière de fixation des tarifs hospitaliers et préconise «d'initier l'hôpital aux principes de la maîtrise médicalisée». En termes clairs, il s'agit bien d'accélérer la stratégie tarifaire imposant à l'hôpital public de fonctionner sur les critères de rentabilité du privé, mission opposée au principe de non-sélection des malades inhérent au service public hospitalier…

C. Concernant le financement

Des économies sont donc nécessaires par la maîtrise de la croissance des dépenses et la réalisation de gains de productivité, mais le rapport estime qu'elles seront insuffisantes et que de nouvelles recettes doivent être rapidement trouvées. Jugeant le financement de la protection sociale trop axé sur l'emploi et les salaires, il préconise une réforme qui permettrait d'améliorer la compétitivité de l'économie et de limiter les risques de délocalisations. Fort logiquement, la question de la **TVA sociale est alors abordée, mais en réalité de manière assez critique**.

En effet, sont d'abord rappelés les avantages attendus de la TVA sociale par ses partisans : un rendement élevé (la TVA est aujourd'hui la première recette fiscale de l'État), et un moyen d'améliorer la compétitivité des entreprises sur le plan international si la hausse de TVA est compensée par une baisse du coût du travail grâce à la diminution des cotisations patronales.

Mais le rapport se livre ensuite à de réelles interrogations sur les «effets économiques incertains» de la TVA sociale : gains de compétitivité faibles et de courte durée, tensions inflationnistes quasi-certaines et en définitive un effet négatif sur la croissance et l'emploi, difficultés d'application et risque accrus de fraudes à la TVA[7]... L'exemple allemand tant vanté par d'autres est en outre analysé de manière critique par le rapport Vasselle.

Évidemment, le rapport fait l'impasse sur toute autre piste de réforme du financement, alors que nombre d'entre elles avaient été évoquées dans le rapport du Conseil d'orientation pour l'emploi en juillet 2006[8]. Rappelons ici la nécessité d'articuler la critique à des propositions alternatives radicales, notamment notre proposition d'une réforme de progrès et d'efficacité de l'assiette des cotisations patronales prenant en compte la politique d'emploi ,des entreprises à travers une modulation des taux de cotisation fondée sur le ratio masse salariale/valeur ajoutée[9] ■

(1) Ces négociations commencées en février 2005 se sont en fait enlisées, malgré un rebond au printemps 2007.

(2) *Pénibilité et retraite*, rapport remis au Conseil d'orientation des retraites par Yves Struillou, avril 2003 (www.cor-retraites.fr)

(3) Le dispositif des longues carrières, pourrait selon le rapport donner lieu à des effets d'aubaine,

(4) La réforme des retraites de 1999 en Suède s'est fondée sur une «capitalisation virtuelle» à partir de comptes notionnels. Les Suédois se voient attribuer chaque année la somme de leurs cotisations sur un compte individuel revalorisé chaque année. Mais ceci se traduira en Suède par une baisse générale des pensions de retraite et à terme, selon les Suédois eux-mêmes par le développement d'un phénomène de retraités pauvres que la Suède ignorait pratiquement.

(5) Hcaam, Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

(6) Uncam, Union nationale des caisses d'assurance maladie instituée par la loi d'août 2004.

(7) Pour une critique de la «TVA sociale», cf, notamment *Économie et Politique juillet 2007*, «La TVA sociale : une mesure contre la justice sociale et contre l'efficacité économique», José Caudron et Catherine Mills.

(8) Avis sur l'élargissement de l'assiette des cotisations employeurs de Sécurité sociale, rapport remis au Premier ministre le 20 juillet 2006.

(9) *Cf.* notamment Joëlle Greder et Catherine- Mills, «Un système de santé efficace et solidaire», texte en ligne sur le site pcf.fr (http://www.pcf.fr/spip.php?article299) et Catherine Mills, «réformer l'assiette des cotisations patronales : Oui, mais quelle réforme ?», *Économie et Politique*, nº 618-619, janv. 2006.