

DEFENDONS LA SECURITE SOCIALE !

Dès sa création en 1945, notre Sécurité sociale s'est inscrite au cœur d'un projet de société basé sur les notions de solidarité et d'universalité.

Concrétisation du programme (Les Jours heureux !) du Conseil National de la Résistance (écrit en pleine clandestinité pendant la guerre pour assurer, dès que la paix serait revenue, « à tous les citoyens les moyens d'existence dans les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail »), le système qui s'est mis en place après la Libération visait à garantir des droits nouveaux à « tout être humain qui vit de son travail ou qui se trouve dans l'impossibilité de travailler ». Il ne s'agissait plus seulement de permettre aux travailleurs de « reconstituer leur force de travail » mais de permettre à tous de faire face aux aléas de la vie, de la naissance à la mort en assurant leur bien-être. Le but à atteindre était de couvrir l'ensemble de la population mais ce principe d'unicité s'est heurté à un certain nombre de régimes spéciaux pré-existants qui refusèrent de rejoindre le régime général couvrant l'ensemble des salariés du privé et leurs ayants droit.

A sa création, notre système de sécurité sociale était entièrement financé par les cotisations sociales prélevées à la source. Les ordonnances de 1945 ont précisé que « *La cotisation sociale est un prélèvement sur la richesse créée par le travail dans l'entreprise, qui n'est affecté ni aux salaires ni aux profits, mais mutualisé pour répondre aux besoins sociaux des travailleurs résultant des aléas de la vie, indépendamment de l'État et de la négociation collective. Et dont le montant est calculé à partir des salaires versés* ». Une part du salaire est donc mutualisée ou « socialisée » pour protéger les individus selon le principe fondateur « de chacun selon ses moyens et à chacun selon ses besoins ». Contrairement aux systèmes assurantiels privés (selon lesquels l'assuré reçoit en fonction du contrat qu'il a passé et payé), il n'y a en effet pas de lien entre celui qui paie et celui qui reçoit car le principe au cœur du système est celui de la solidarité intra et intergénérationnelle (solidarité entre les actifs et les retraités, entre les bien portants et les malades, entre les foyers avec ou sans enfants...).

Une véritable démocratie sociale était promue à l'origine pour gérer cette solidarité : non seulement la cotisation unique était mutualisée mais elle était gérée par les travailleurs eux-mêmes au sein d'une caisse de sécurité sociale unique pour l'ensemble des prestations sociales. La séparation de la cotisation sociale en deux catégories virtuelles prélevées sur le même salaire (cotisation patronale et cotisation salariale) servira toutefois de prétexte aux représentants du patronat pour revendiquer de participer à la gestion de la caisse et pour dénoncer en permanence la lourdeur des « charges » patronales qui « pèseraient » sur le « coût » du travail alors qu'il ne s'agit en fait que d'une partie socialisée du salaire.

En matière de santé, la Sécurité sociale a été confrontée à une opposition de la part des mutuelles qui lui pré-existaient et le compromis passé en 1945 avec ces dernières a abouti à des remboursements à 80 %, avec néanmoins l'ambition d'arriver rapidement au 100 %.

Bref historique de 1945 à nos jours :

Mais dès 1948, la Sécurité sociale a été accusée par le CNPF (ancêtre du MEDEF) de « *mettre en danger l'économie du pays* » et Paul Reynaud, président du Conseil en 1949, a dénoncé « *la charge excessive des cotisations sociales qui rend notre situation économique intenable* ». Depuis, ces discours reviennent régulièrement dans l'actualité, portés par leurs héritiers, mais pas seulement.

Le gouvernement gaulliste exclut dès 1960 les représentants des assurés de la commission des tarifs et prononce en 1967 les ordonnances Jeanneney (du nom du

ministre des affaires sociales de l'époque) qui séparent les risques (maladie, vieillesse, famille) en trois branches gérées par trois caisses nationales distinctes (la Cnam, la Cnav et la Cnaf), chargées d'assurer l'équilibre des recettes et des dépenses en leur sein. Les partenaires sociaux, gestionnaires de ces organismes, sont de fait réduits à un rôle de quasi spectateur.

Est par ailleurs créée une taxe sur les primes d'assurance automobile, dont le montant est affecté à la Cnam. Pour la première fois, une taxe vient donc augmenter les ressources de la Sécurité sociale. Une idée qui a fait, depuis, beaucoup de chemin..

En 1976, le Plan Barre instaure le « ticket modérateur » qui s'accompagnera de diminutions de remboursements de médicaments dits de « confort » pour, soi-disant, responsabiliser les malades ! En 1980, instauration de deux secteurs : le secteur 1 où les médecins respectent les tarifs conventionnels et le secteur 2 composé de médecins fixant librement leurs honoraires. Dès lors, les déremboursements se multiplient, un forfait hospitalier est créé. En 1987, le secteur privé est autorisé à l'hôpital public et les retraites seront indexées sur les prix et non plus sur les salaires.

Dans les années 90, on assiste à à la fois à un mouvement de fiscalisation des ressources de la Sécurité sociale par l'instauration de la CSG (1991) prélevée sur l'ensemble des revenus en échange d'une réduction des cotisations sociales dites patronales et à un processus d'étatisation de la sécurité sociale (plan Juppé de 1995) avec l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) qui placent le budget de la sécurité sociale sous l'autorité du Parlement.

Depuis près de trente ans, les employeurs bénéficient de multiples mesures d'allègement et/ou d'exonération de la part patronale des cotisations sociales au nom de la protection de l'emploi. Les premières exonérations apparaissent dès 1993 sur les bas salaires quand le gouvernement Balladur décrète l'exonération totale des cotisations sociales de la branche « famille » sur les salaires jusqu'à 1,1 Smic et un allègement de 50 % jusqu'à 1,2 Smic. À partir de 1995, les dispositifs « Juppé » combinent les exonérations des cotisations « famille » avec celles d'assurance maladie jusqu'à 1,3 Smic. Les lois Aubry sur la réduction du temps de travail prennent le relais en étendant ces exonérations à 1,8 Smic, seuil que les lois Fillon réduisent ensuite à 1,6 Smic tout en augmentant les exonérations sous ce seuil. Sous la présidence Hollande est instauré le CICE (Crédit d'impôt compétitivité emploi) en 2013 (d'abord à 4 %, puis à 6 % de la masse salariale en dessous de 2,5 Smic). Ce crédit d'impôt ne correspond pas *stricto sensu* à une réduction des cotisations sociales sur les bas salaires mais la logique est tellement similaire que le président Macron transforme finalement en 2019 le CICE en baisse pérenne de cotisations. La situation est telle qu'aujourd'hui une entreprise ne verse quasiment plus de cotisations « patronales » pour tout emploi au Smic.

Toutes les mesures d'exonérations et d'allègements de cotisations sociales « patronales » ont été justifiées par les pouvoirs publics par la nécessité de baisser le « coût » du travail pour défendre l'emploi. Ces exonérations de cotisations sur les bas salaires profitent à toutes les entreprises, quels que soient leurs besoins et leur taille ; elles créent donc un effet d'aubaine pour celles qui ne rencontrent aucune difficulté. Elles pèsent lourdement sur les budgets publics (le rapport 2019 des comptes de la sécurité sociale indique que le total des exonérations a atteint 66 Mds € en 2019 dont une grande partie a été compensée par l'État) mais elles ne produisent pas les effets escomptés en matière de création d'emplois. Le CICE a coûté par exemple 19 Mds en 2018. Lors de sa mise en œuvre en 2013, Pierre Gattaz, président du Medef à l'époque, promettait en échange la création d'un million d'emplois. Mais, après quatre années de mise en œuvre, l'Insee a chiffré l'impact du CICE à seulement 160 000 emplois créés ou sauvegardés entre 2013 et 2016. Ces mesures constituent de fait une trappe aux bas salaires car les chefs d'entreprises sont fortement dissuadés d'augmenter leurs salariés pour éviter de payer des cotisations sociales.

Avec le chômage, le travail dissimulé, la politique des bas salaires et l'inégalité salariale entre les femmes et les hommes..., la baisse des ressources de la sécurité sociale a servi de prétexte aux gouvernements successifs pour diminuer les dépenses socialisées : forfaits et franchises à la charge des patients, déremboursements de nombreux médicaments, remboursement dérisoire des frais dentaires et d'optique, objectif national des dépenses de l'assurance maladie revu tous les ans à la baisse sans tenir compte des besoins, fermetures de lits et de services à l'hôpital public, financement par la T2A qui impose de gérer l'hôpital comme une entreprise, baisse des pensions de retraite, mise sous conditions de ressources de certaines prestations familiales, moindre revalorisation des prestations sociales par rapport à l'inflation.... Le plan « Hôpital 2007 » lancé en 2004 a par ailleurs imposé aux hôpitaux publics et privés à but non lucratif de financer leurs investissements par endettement bancaire à hauteur de 10 Mds € en lieu et place de financements par l'État. Cela a conduit au surendettement hospitalier et à l'emprise des emprunts « toxiques » sur l'hôpital public.

En matière d'assurance maladie, l'existence d'un système à deux étages avec d'une part la sécurité sociale et d'autre part les organismes complémentaires a favorisé le désengagement de l'assurance maladie obligatoire au profit des complémentaires chargées de prendre en charge ce que la sécurité sociale ne rembourse pas ou plus. Or, contrairement à la sécurité sociale qui mutualise le risque santé sur toute la population, les opérateurs complémentaires (mutuelles, instituts de prévoyance et assureurs privés) évoluent dans un univers très concurrentiel qui va à l'encontre des logiques de solidarité. Pour les contrats individuels, ils proposent des prestations différenciées en échange de cotisations qui ne sont pas proportionnelles aux revenus et qui varient selon l'âge et la couverture que chaque assuré peut se payer.

La généralisation des complémentaires dans le privé en 2016 a été présentée comme la seule façon de réduire le reste à charge des patients à travers des contrats collectifs à adhésion obligatoire que les employeurs financent à hauteur de 50 % au moins. Mais la couverture est très différente selon la taille de l'entreprise. Et surtout, une fois à la retraite, les salariés perdent la participation financière de leur employeur, ce qui renchérit le coût de leur complémentaire santé. C'est cette même logique qui doit se mettre en place dans la Fonction publique. L'accord interministériel a été signé par toutes les organisations syndicales représentatives parce qu'il offrait quelques avancées par rapport à l'ordonnance très minimaliste du 17 février 2021 mais il entraîne une rupture inacceptable des solidarités intergénérationnelles entre actifs et retraités et entre niveaux de revenus.

Les complémentaires santé représentent un marché colossal ; les sociétés d'assurance privées n'attendent que l'affaiblissement de la Sécurité sociale pour développer leurs parts de marché et les mutuelles à but non lucratif s'organisent à travers des rapprochements ou des fusions pour pouvoir se maintenir sur le « marché » de la santé et s'éloignent des principes mutualistes en alignant leurs pratiques sur celles de leurs concurrents. L'objectif des néolibéraux apparaît de plus en plus clairement : en encourageant l'abondement des complémentaires santé par les employeurs tout en dispensant ces derniers du financement de l'assurance maladie de la Sécurité sociale à travers les exonérations de cotisations sociales, ils organisent la casse de la sécurité sociale au profit des complémentaires santé privées.

La prise en charge de la perte d'autonomie devrait relever de la branche maladie de la Sécurité sociale puisque ce risque concerne tous les individus « de la naissance à la mort ». Mais le gouvernement a fait le choix inverse en créant, avec la loi organique du 7 août 2020, une 5ème branche qui, en dépit de son intitulé, n'est pas une branche de la Sécurité sociale mais une caisse autonome financée à 90 % par la CSG, donc par l'impôt. De plus, la loi du 19 juillet 2021 impose à la CNSA qui a la gestion de cette « branche »

une règle d'or pour que les dépenses n'excèdent jamais les recettes. Les ressources affectées par la loi sont délibérément en deçà des besoins à couvrir. La CNSA pourra ainsi compenser l'insuffisance de ces recettes en faisant appel à des financements privés, ce qui représente un pas de plus vers l'intégration du secteur assurantiel privé pour compenser les désengagements de la Sécurité sociale.

L'avenir de la Sécurité sociale :

Alors que la Sécurité sociale a fait la preuve de son efficacité durant la crise sanitaire, elle est plus que jamais menacée. Le gouvernement a ainsi fait le choix de transférer 92 Mds € de déficits sociaux liés à la crise sanitaire à la CADES qui a l'obligation de les rembourser à l'euro près. Ce choix est délétère car en obligeant la sécurité sociale à puiser dans ses ressources pour rembourser cette « dette » sociale (capital et intérêts), il prépare l'opinion publique à de nouveaux reculs sociaux à travers notamment des réformes structurelles sur la santé et les retraites. Au lieu d'apurer la dette COVID ou de mettre à contribution les grandes fortunes et les grandes entreprises qui se sont enrichies pendant ou grâce à la crise, le gouvernement prolonge de 9 ans la durée de vie de la CADES (jusqu'en 2033) et maintient la CRDS, une contribution inégalitaire car elle pèse davantage sur les ménages les plus modestes).

Les pouvoirs publics n'ont cessé de dire que les déficits de la sécurité sociale résultaient d'un excès de dépenses socialisées pour mieux réduire celles-ci tout en poursuivant leurs politiques de baisse des cotisations sociales. Il convient déjà de relativiser le terme de « dépenses » car ces « dépenses » socialisées sont de fait des revenus distribués dont plus de la moitié représente des revenus de remplacement (retraite, indemnités journalières...) qui contribuent à la consommation et donc à l'activité économique du pays. L'approche par les « dépenses » évacue complètement cette réalité. Il est clair que notre système de sécurité sociale souffre avant tout d'un déficit de ressources avec le chômage, le travail dissimulé, la recherche du profit maximal qui favorise le capital au détriment des salaires, les allègements et exonérations de cotisations sociales qui ne sont plus totalement compensées par l'État et par les exemptions d'assiette (complémentaires santé/retraite et épargne retraite notamment).

La reconquête de la sécurité sociale que nous appelons de nos vœux suppose nécessairement d'en finir avec l'assèchement organisé de ses ressources et de mener une politique qui lutte résolument contre le chômage et pour le plein emploi, qui vise une autre répartition des richesses à travers une augmentation des salaires, qui garantit l'effectivité de l'égalité salariale entre les femmes et les hommes.

Les ressources de la sécurité sociale doivent être en outre dédiées et sanctuarisées : toute fusion de son budget avec celui de l'État aboutirait en effet à mélanger les prélèvements sociaux et fiscaux, ce qui permettrait d'imposer plus facilement de nouveaux désengagements de la sécurité sociale.

Les prélèvements fiscaux censés abonder les finances de la Sécurité sociale sont en effet soumis à l'arbitraire des décisions politiques d'affectation, ce qui plonge la Sécurité sociale dans une grande incertitude quant au montant des ressources qui lui sont effectivement affectées. Ce fut le cas en 2012 avec la suppression d'une fraction de CSG destinée à la branche famille des prestations familiales dont la mesure la plus emblématique fut la modulation des allocations familiales en fonction du revenu (pour un total de 2 milliards d'euros d'économies).

90 % du produit de la CSG repose sur les revenus du travail et sur les revenus de remplacement. Bien qu'elle soit considérée par la Cour de Justice de l'Union Européenne (CJUE) comme une cotisation car elle est affectée au seul financement de la sécurité

sociale, et bien qu'elle ne soit pas un impôt au sens strict du terme (car son produit est affecté à une dépense spécifiée à l'avance, contrairement à la règle de non affectation des règles fiscales), cette contribution sociale généralisée fonctionne de fait comme un impôt - non progressif - prélevé sur tous les revenus, y compris sur les revenus de remplacement (pensions de retraite, d'invalidité, allocations de chômage, indemnités journalières de Sécurité sociale...) qui sont pourtant la contrepartie d'une cotisation sociale adossée aux salaires de leurs bénéficiaires. L'augmentation de 1,7 point de CSG sur les pensions de retraite en 2018 a par ailleurs été imposée sans aucune contrepartie pour les retraités, contrairement aux actifs pour qui l'augmentation du taux de CSG a été compensée par une réduction de leurs cotisations sociales.

D'autres impôts et taxes affectés (ITAF) abondent également les ressources de la sécurité sociale (fraction de TVA, taxe sur le tabac et les alcools, taxe sur les complémentaires santé, contribution de solidarité à l'autonomie payée par les employeurs en échange d'une journée de travail non rémunéré pour les salariés...) et représentent environ 200 Mds €, soit 40 % du total de ses recettes annuelles. Or, ces impôts indirects et taxes pèsent plus lourdement sur les catégories les plus modestes tout en étant invisibles pour la population.

Contrairement à l'assurance privée, l'assurance sociale s'appuie sur le principe d'une cotisation sociale qui n'est ni un préalable ni une contrepartie mais qui crée des droits, non soumis à l'arbitraire des délibérations politiques. Le rapport entre cotisations et droit à prestations est considéré de manière collective et non de manière individuelle. Il est donc urgent de revenir sur le mouvement de fiscalisation introduit en 1991 : les cotisations doivent redevenir la clé de voûte du financement solidaire de la sécurité sociale mais les revenus financiers et du patrimoine doivent aussi y contribuer.

L'érosion de la cotisation sociale au profit de l'impôt a été concomitante avec l'affaiblissement de la démocratie sociale au profit d'une étatisation de la Sécurité sociale. L'universalisation de la branche famille et son financement par l'impôt se sont par exemple accompagnés immédiatement d'une mise sous conditions de ressources de la quasi-totalité des prestations familiales, puis de la transformation des Caisses d'allocations familiales en véritables auxiliaires de l'État en matière de lutte contre la pauvreté (versement du RSA, des aides au logement, de la prime pour l'emploi...) au détriment de sa vocation originelle de couverture égalitaire des besoins sociaux des familles.

La reconquête d'une sécurité sociale de haut niveau pour tous suppose que l'on change complètement de paradigme... et que l'on reconstruise la démocratie sociale à travers l'élection des représentants des travailleurs à des conseils d'administration de plein exercice.

Monique Daune, le 30 mai 2022