

PROTECTION SOCIALE ET SECURITE SOCIALE !

A sa création en 1945, la Sécurité sociale française s'inscrit au cœur d'un projet de République sociale. Ce projet est fondé sur la reconnaissance de droits spécifiques des travailleurs face aux détenteurs des moyens de production et sur une vision démocratique de la société. Dans ce projet de République sociale, la Sécurité sociale n'est pas seulement un dispositif de Protection sociale mais aussi une institution du Droit social républicain par laquelle les travailleurs acquièrent une reconnaissance statutaire (au sein du salariat) incluant des droits sociaux directs parallèlement à l'exercice d'un pouvoir politique et démocratique étendu à la sphère économique. La Sécurité sociale poursuit en son sein un objectif distributif de ressources salariales, réparti également entre l'ensemble des travailleurs qui participent directement à la répartition de la valeur économique créée.

Bref historique de 1945 à nos jours :

Dès 1948, la Sécurité sociale se trouve accusée par le CNPF de « *mettre en danger l'économie du pays* » et Paul Reynaud, président du conseil en 1949, dénonce « *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, dès 1960, exclut les représentants des assurés de la commission des tarifs et, en 1967, prononce des ordonnances qui instaurent la séparation des risques, le « **paritarisme** » et annulent les élections. 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 conventionnels : 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.

. Dès les années 90, on assiste à un mouvement de fiscalisation de la Sécurité sociale par la substitution massive d'impôts et taxes en substitution de la cotisation sociale et par l'instauration de la CSG (1991) alimenté par une taxe sur l'ensemble des revenus. Le premier revenu minimum non-catégoriel (le RMI, 1988) orienté vers la population durablement exclue de l'emploi, rompt avec les solutions classiques d'indemnisation du chômage fondées sur le salaire socialisé (UNEDIC) au profit d'une conception assistancielle de lutte contre la pauvreté. Cette logique se poursuit par l'instauration de la Couverture maladie universelle (CMU), laquelle a eu moins

pour effet d'universaliser l'accès à la santé que de créer une protection sanitaire sous conditions de ressources destinée aux plus pauvres. Enfin, ce sont des mesures d'exonérations de cotisations patronales à des fins d'allègement du coût du travail suite à la mise en œuvre de la deuxième loi Aubry sur les 35 heures.

2013 a été l'année de l'ANI où a été instauré le caractère obligatoire d'adhésion des salariés du privé à une complémentaire santé choisie par l'employeur. La cotisation a été fixée pour moitié par l'employeur et pour l'autre moitié par le salarié. C'est la reconnaissance du secteur privé comme acteur institutionnel prenant en charge des prestations en lieu et place de la Sécurité sociale avec des cotisations et des niveaux de prestation soumis aux lois du marché. Cette logique s'est prolongée en 2022 par son extension au secteur Public avec participation de l'Etat employeur au financement des organismes de santé privé : il s'agit de l'accord interministériel ratifié par l'ensemble des organisations de la Fonction publique.

L'avenir de la Sécurité sociale :

Tout d'abord, il y a lieu de distinguer les prestations sociales universelles et d'assistance (telles que la branche maladie et la branche famille ainsi que l'ensemble des minima sociaux) de celles des prestations dites contributives (retraite, chômage, prestations en espèces) qui ont un lien direct avec l'activité. Les premières, déconnectées de la logique de l'emploi et versées à tous les résidents en France sans conditions de cotisations, pourraient être financées par un prélèvement universel : l'impôt, selon le patronat et certaines organisations politiques ou syndicales. Les secondes, liées au risque de perte de revenus salariaux/professionnels justifieraient à l'inverse qu'elles soient financées par la cotisation sociale et gérées par les syndicats. Ainsi, la fiscalisation de l'UNEDIC mis en œuvre par Emmanuel Macron via la substitution de la CSG à la cotisation salariale chômage : pour nous, l'assurance chômage étant une couverture sociale contre la privation de revenus causée par le chômage, sa fiscalisation est à supprimer. Cette fiscalisation de pans entiers de la protection sociale instaure, de fait, une étatisation rampante et traduit une perte de pouvoir des syndicats au sein de la gouvernance de la Sécurité sociale, singulièrement pour les branches maladie et famille.

Cela démontre que les prélèvements fiscaux censés abonder les finances de la Sécurité sociale sont 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 seront effectivement affectées. De la sorte, les pouvoirs publics peuvent organiser de toute pièce un déficit de telle ou telle branche de la Sécurité

sociale en modifiant unilatéralement les postes d'affectation de l'impôt, afin de justifier la mise en œuvre de « réformes » visant à réduire le niveau des prestations sociales. 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). C'est aussi le cas de l'Ondam hospitalier, fixé chaque année dans la LFSS et calculé au plus juste pour imposer à l'hôpital, par exemple, une réduction de ses capacités d'accueil et de sa masse salariale en le forçant à s'endetter s'il veut répondre aux besoins.

Certes, la taxation du capital par la CSG rapporte annuellement 12 milliards d'euros environ à la Sécurité sociale, ce qui est une somme non négligeable et cette fraction de CSG sur les revenus de placement peut diversifier les ressources de la Sécurité sociale. Toutefois, le véritable enjeu de la CSG se situe ailleurs : 90 % de son rendement repose sur les revenus du travail et sur les revenus de remplacement. En fait, la CSG consiste essentiellement en un impôt non progressif sur le revenu (70 % de son rendement) et, pour 20 %, en une taxation des prestations de remplacement de la Sécurité sociale (pensions de retraite, allocation de chômage, indemnités journalières de Sécurité sociale...). Il y a donc un caractère inique à la mesure qui a consisté à soumettre à la CSG/CRDS des prestations sociales qui sont la contrepartie d'une cotisation sociale adossée aux salaires de leurs bénéficiaires. Plus grave, la CSG est accompagnée d'impôts et de taxes affectés (ITAF) qui touchent les revenus et la consommation populaire : fraction de TVA, taxe sur le tabac et les alcools, taxe sur les complémentaires santé, contribution de solidarité à l'autonomie (prise en contrepartie de la suppression d'un jour férié) etc... Au total ce sont 200 milliards d'euros d'ITAF qui abondent les ressources de la Sécurité sociale, soit 40 % du total de ses recettes annuelles. Ces impôts et taxes frappent les catégories les plus modestes et participent largement du sentiment de matraquage fiscal que ressent une grande partie de la population.

Notons qu'une grande partie de ces ITAF ont été affectés à la Sécurité sociale pour compenser les exonérations colossales de cotisations patronales consenties au nom de la compétitivité des entreprises françaises, sans que cela n'ait démontré la moindre efficacité en matière de réduction du chômage. Ainsi, avec l'intégration du CICE dans le corpus des exonérations générales de cotisations sociales, ce sont 60 milliards d'euros d'allègements de cotisations qui ont été consentis annuellement au patronat. On fait ainsi reposer sur les assurés sociaux eux-mêmes l'acquittement de ressources destinées à la Sécurité sociale qui relevaient auparavant de la responsabilité patronale et du partage de la valeur ajoutée au profit des salaires. Ces prélèvements fiscaux ont été mis en œuvre pour compenser le blocage du

salaires bruts et les exemptions de cotisations sociales organisées sciemment par les pouvoirs publics depuis plus de vingt ans. Cela permet aux employeurs de s'abstraire de leur responsabilité dans la juste rémunération du travail de leurs salariés. De plus, certaines de ces exemptions visent à orienter l'épargne vers des dispositifs de prévoyance d'entreprise concurrents de la Sécurité sociale : complémentaires santé/retraite et épargne retraite notamment. La plupart de ces sommes sont exemptées de paiement de cotisations sociales mais elles sont concernées par la CSG/CRDS. Au total, les exemptions de cotisations sociales représentent un manque à gagner de 10 milliards d'euros environ pour les recettes de la Sécurité sociale. Rappelons que la revendication pour l'augmentation des salaires dans la valeur ajoutée est la seule voie pour réaliser une réduction des profits au profit des salariés dès lors que les gains de productivité bénéficient aux salariés sous formes d'accroissement des salaires et de baisse du temps de travail. De plus, accepter des abattements d'assiette de cotisations patronales est dangereux car, remettre en cause l'unicité des taux de cotisations, ouvre la voie d'une concurrence entre entreprises sur la base du moins-disant social.

D'autre part, serait-il logique de ne faire financer par la cotisation sociale que les prestations sociales liées à l'emploi (retraite, chômage et revenus de remplacement) ? À l'inverse les prestations universelles ou d'assistance devraient-elles reposer sur un mode de financement universel car elles concernent l'ensemble des résidents qui perçoivent des prestations sociales sans lien avec une cotisation sociale acquittée dans le cadre d'un emploi salarié ?

C'est déjà le cas de la branche famille qui verse, depuis 1978, des allocations familiales à toutes les familles de deux enfants et plus sans contrepartie de cotisation. C'est devenu le cas pour la branche maladie, à compter de 1999, avec l'entrée en vigueur de la Couverture maladie universelle de base dite CMU-B (devenue PUMA(1) aujourd'hui) qui a étendu l'assurance maladie obligatoire à tous les résidents non-assurés par le biais d'une cotisation de droit commun. C'est le cas enfin de l'ensemble des prestations d'assistance ou de « solidarité » qui participent essentiellement de la politique de lutte contre la pauvreté : minima sociaux catégoriels (AAH, minimum vieillesse...), aide personnalisée à l'autonomie, RSA, aides au logement et CMU-complémentaire (mise en œuvre d'un panier de soins sous conditions de ressources, devenue Complémentaire santé solidaire aujourd'hui). Tous ces domaines ont en commun d'être largement financés par l'impôt (en particulier par la CSG) et de servir des prestations sociales mises sous conditions de ressources.

C'est aussi le cas de la perte d'autonomie délibérément sortie de la Sécu en 2021.

Or, on est dans le champ de la maladie, de la Sécurité sociale « de la naissance à la mort », donc de la branche maladie de la Sécurité sociale.

En dépit de son intitulé, la loi organique du 7 août 2020 n'est pas une 5^{ème} branche de la Sécurité sociale. C'est une caisse autonome hors Sécu et elle est quasi intégralement fiscalisée (financée à 90 % par la CSG). De plus, la loi du 19 juillet 2021 impose la règle d'or (les dépenses ne doivent pas excéder les recettes), Les budgets attribués, fixés par la loi, sont en déficit et donc délibérément deçà des besoins à charge pour la CNSA qui en a la gestion de les compléter en faisant appel à des financements privés. Tout cela représente un pas vers l'intégration du secteur assurantiel privé et conduit à un éclatement de la Sécurité sociale.

De plus, si l'on veut établir une frontière entre prestations contributives et non contributives, on adopte sans le dire une vision strictement assurantielle de la Sécurité sociale. En effet, il y a une grande différence entre assurance et assurance sociale. La première, de tradition libérale, repose sur l'idée d'une stricte équivalence entre cotisations et prestations. Globalement les risques à assurer ne doivent pas être plus coûteux que le montant des cotisations consacrées pour les financer. Cela inclut une sélection du risque et une individualisation des contributions et prestations en fonction des caractéristiques de l'individu (âge, sexe, revenus, état de santé...). Par assurance sociale, il faut entendre que la Sécurité sociale est effectivement un dispositif de prise en charge de besoins sociaux des travailleurs à chaque fois qu'un événement heureux ou malheureux met en péril leurs conditions de vie. De la même manière, l'assurance sociale suppose l'existence d'une cotisation sociale, non pas comme préalable ni même comme contrepartie, mais uniquement comme d'un droit non soumis à l'arbitraire des délibérations politiques. Le travailleur, par la cotisation sociale, sort du statut d'assisté pour devenir un assuré de plein droit. L'assurance sociale pratiquée par la Sécurité sociale française, envisage le rapport entre cotisations et droit à prestations de manière collective et non de manière individuelle. Elle exprime un Droit. Parmi les attributs de ce droit social, les salariés disposent d'une reconnaissance patronale d'un temps de hors-emploi, ce qui est un acquis social considérable. Par le salaire et la cotisation sociale, le patronat a été contraint de reconnaître que le salaire ne s'arrête aux frontières de l'entreprise. Le salaire cesse d'être seulement rémunération du travail exécuté dans le cadre du contrat de travail mais est destiné à couvrir également le temps individuel des salariés : retraite, chômage, maladie, charges de famille... Cette revendication à la reconnaissance du temps individuel du travailleur, voire à la reconnaissance de la valeur économique de son travail de hors-emploi (qui nierait par exemple que les retraités travaillent lorsqu'ils assurent majoritairement toutes les tâches ingrates indispensables à la vie associative de notre pays ?). C'est aussi et surtout ce qui permet de reconnaître des

droits politiques et démocratiques aux salariés au sein du champ économique. Que ce soit au sein de l'entreprise (CSE, conventions collectives...) ou au sein des Conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale. Or, la légitimité de l'intervention politique des salariés et des syndicats au sein de la gouvernance de la Sécurité sociale ne tient que parce que le financement de celle-ci est de nature salariale. 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 l'institution de Sécurité sociale. L'universalisation de la branche famille et son financement par l'impôt se sont 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. L'assurance maladie a suivi exactement la même direction : la fiscalisation de ses ressources parallèlement à la suppression de sa dimension d'assurance sociale ont eu pour effet de cantonner l'assurance maladie à une prise en charge minimale des besoins de santé de la population, parallèlement à la création d'un filet de sécurité sanitaire pour les plus pauvres (la CMU).

. Comment défendre en effet une vision inclusive de la Sécurité sociale fondée sur la logique de salaire socialisé dès lors que des millions de résidents sont exclus durablement du marché du travail et n'ouvrent en conséquence aucun droit aux prestations sociales ? S'agirait-il en conséquence de retirer les allocations familiales aux familles ne pouvant justifier d'une contrepartie en cotisations sociales, faute d'emploi ? De même s'agirait-il de revenir sur l'avancée sociale qu'a été la CMU en termes d'accès à la santé ?

La réponse à ces questions est claire : il est aussi de la responsabilité de la Sécurité sociale d'étendre son champ d'intervention à des hors emploi et de trouver des solutions pour les individus durablement exclus de l'emploi. Par exemple, l'affiliation de nature familiale (les ayants-droit), les dispositifs de maintien de droit, de même que les différents dispositifs d'assurance volontaire avaient permis dès la fin des années 1970 de couvrir la quasi-totalité de la population. A contrario, l'objectif poursuivi par la loi CMU était tout à fait différent. Il s'agissait de mettre en œuvre un dispositif de solidarité envers les plus pauvres en leur donnant accès à un panier de soins sous conditions de ressources (la CMU-complémentaire). Ainsi, le seuil de ressources pour bénéficier de la CMU complémentaire se situait en-deçà du seuil de pauvreté : cela consistait à légaliser l'incapacité de bénéficier d'une réelle couverture santé avec la seule assurance maladie de la Sécurité sociale. Au lieu d'accroître le

niveau des remboursements des soins de l'assurance maladie pour tous et de remettre en question le reste à charge qui rend indispensable la souscription à un contrat d'assurance complémentaire, le législateur a préféré créer un dispositif de couverture maladie pour les seuls pauvres au détriment des droits de l'immense majorité des travailleurs et de leur famille.

Ce même schéma est à l'œuvre pour ce qui concerne l'ensemble des minima sociaux. Parallèlement, l'austérité salariale place les salariés dans une situation d'érosion continue de leur pouvoir d'achat. La différence de niveau de vie entre bénéficiaires du RMI (devenu RSA) et l'occupation d'un emploi au SMIC s'estompe. Cela crée le sentiment (réel ou supposé) que la sortie de l'inactivité pour reprendre une activité salariée n'apporte guère d'amélioration des conditions de vie. Ce à quoi, le gouvernement répond en maniant à la fois la carotte et le bâton : carotte sous forme d'incitation financière à la reprise d'activité salariée (prime pour l'emploi, RSA-activité puis prime d'activité) et le bâton des menaces à la suppression des droits à RSA ou à l'instauration de l'obligation de travail pour continuer de bénéficier du RSA. Les laissés pour compte sont alors les travailleurs pauvres, situés juste au-dessus des niveaux de ressources.

En outre, il serait absolument faux de considérer que la question des frais de santé n'est pas un enjeu salarial de première importance. Rappelons que les complémentaires santé d'entreprise sont un marché colossal, devenu captif depuis l'instauration des organismes complémentaires de santé obligatoires d'entreprise, qui n'attendent que l'affaiblissement de la Sécurité sociale pour développer leur part de marché. Comment justifier en effet que l'on encourage d'un côté l'abondement patronal des institutions de prévoyance et des complémentaires santé d'entreprise tandis que l'on désengagerait, d'un autre côté, les employeurs du financement de l'assurance maladie de la Sécurité sociale ? Cette contradiction ne tient pas : On ne peut pas laisser prospérer les dispositifs d'assurance complémentaire d'entreprise fondés sur une logique financière et abondés largement par les employeurs (au prix d'avantages fiscaux substantiels) tandis que l'assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale cesserait de relever de la responsabilité patronale et serait financée par l'impôt et donc par les ménages.

Un système de santé fondé sur la démocratie sociale et financé par la cotisation sociale (qui a permis de donner à la France le meilleur système de santé du monde selon l'OMS en 2000) est-il moins bien géré et moins vertueux qu'un système étatique obsédé par le contrôle de gestion mis en œuvre par les Agences régionales de santé ?

Poser ces questions, c'est déjà, y répondre.

