



# DE L'HISTOIRE DE LA SECURITE SOCIALE A SES ENJEUX ET PERSPECTIVES ACTUELS

## INTRODUCTION HISTORIQUE : LES TRANSFORMATIONS DU SYSTÈME DE SÉCURITÉ SOCIALE<sup>1</sup>

### *La période de construction (1944-1960)*

Les premiers pas :

- 1851 - reconnaissance des mutualités
- 1903 - 1<sup>ère</sup> assurance sociale obligatoire (contre les accidents du travail)

Pendant la seconde guerre mondiale : projet d'accord de solidarité sociale.

Trois **influences** se conjuguent à cette époque :

Plan Beveridge :

- couverture universelle
- financement par l'impôt
- faible niveau de protection sociale

Modèle Bismarckien :

- couverture professionnelle
- financement par des cotisations sociales
- faible niveau de protection sociale

Keynes : assurer des revenus aux travailleurs (en chômage) pour soutenir la croissance en limitant leur perte de pouvoir d'achat.

A cette époque, plusieurs **tensions** qui se sont apaisées surtout à partir des années 60, notamment avec la montée de la part de la CSC parmi les travailleurs syndiqués en même temps qu'augmentait le nombre de syndiqués.

Tensions entre catholiques et laïcs (notamment entre une bonne partie du pilier chrétien et du pilier socialiste de l'époque)

liberté subventionnée ↔ principe d'obligation

pluralisme institutionnel ↔ initiative publique

Le compromis a consisté à :

- instaurer un régime obligatoire ;
- laisser les acteurs en place, soit les mutualités et les syndicats : ils reçoivent une mission de service public, sous contrôle public, dans la gestion et l'administration des assurances sociales devenues obligatoires, qu'ils géraient déjà dans le cadre d'assurances volontaires.

Ces tensions ont ensuite perduré au sein des piliers catholique et socialiste, au sein desquels, avec le temps, les sociaux-démocrates ont pris le dessus.

Tensions aussi entre :

une frange dure du patronat ↔ une frange plus séduite par les idées keynésiennes et le bien-être général

une frange soit plus marxiste ↔ la CSC et une frange de la FGTB plus favorable au dialogue social quitte à user parfois de la grève

soit plus anarchiste du syndicat socialiste

Quels sont **les fondements** de ce système de protection sociale alors mis en place ?

Les **objectifs** du système :

- garantir le revenu des travailleurs face aux risques sociaux ;
- assurer une redistribution des revenus par une solidarité à la fois horizontale et verticale.

Combinaison de **deux principes** :

- principe d'assurance : niveau des allocations et des pensions en fonction des cotisations versées et donc proportionnelles aux salaires ;
- principe de solidarité : financement par des cotisations proportionnelles au salaire (solidarité verticale) minima et plafonds (pour financer les minima).

**Financement** : surtout par des cotisations et dans une moindre mesure par des subsides (financés par les impôts).

**Gestion paritaire** (entre partenaires sociaux) associant le Gouvernement et une concertation avec celui-ci sur les décisions à prendre.

En 1954, la Déclaration commune sur la productivité met l'accent sur la compétitivité et l'expansion économique comme moyen de développer l'emploi et le bien-être général.

Ainsi, on établit un rapport entre l'économie et le social, très explicitement.

### *L'essor du modèle (1960-1975)*

- Réforme de l'assurance maladie sous Edmond Leburton, mise en place du système des accords et conventions, (accords médico-mutuellistes, dento-mutuellistes, conventions avec les pharmaciens, les kiné, etc.).

- 60-75 : extension de la population couverte, de la couverture sociale, et des soins remboursés.

Exemples de progrès en sécurité sociale :

- allocations aux jeunes sortis des études
- indexation
- adaptation au bien-être

et dans l'aide sociale :

- RGPA, revenu garanti aux personnes âgées (1969)(actuellement la GRAPA)
- allocations de handicapés( 1969)
- minimex (1974) (actuellement le revenu d'intégration)

En conséquence :

- augmentation des subventions de l'Etat dans les recettes
- croissance des dépenses supérieure à la croissance du PIB ;la sécurité sociale qui représentait 7,6% du PIB en 1953, est passée progressivement à 20,6% en 1980.

### *Face à la crise, le modèle change mais ne meurt pas*

Une forte augmentation du prix du pétrole, a lieu en 1973 (ce 1<sup>er</sup> choc pétrolier sera suivi, après une phase d'atténuation des prix, par un second choc pétrolier en 1981). A ce moment, la crise semble passagère aux observateurs. Toutefois, les dépenses de chômage augmentent fortement. Les pouvoirs publics créent 110.000 postes de travail pour développer l'emploi dans le non marchand à titre compensatoire de l'hémorragie d'emplois dans les secteurs industriels.

Assez vite apparaissent les **1ères mesures pour freiner les dépenses** de sécurité sociale.

En 1976, la liaison au bien-être est remplacée par une revalorisation forfaitaire, puis est progressivement abandonnée.

Dans les années 72-75, sont instaurés les premiers tickets modérateurs en assurance maladie.

En 1981, est décidé un nouveau système différencié de taux de remboursement des spécialités pharmaceutiques, selon leur utilité thérapeutique et sociale.

Dans le domaine des allocations sociales, s'applique depuis 1980 une nouvelle classification des chômeurs (chefs de famille, isolés, cohabitants) permettant de réduire le coût moyen des allocations de chômage et d'invalidité.

La loi Dhoore de 1981 sur les principes généraux de la sécurité sociale maintient la distinction entre assurance (pas d'enquête sur les ressources) et assistance mais instaure la sélectivité familiale comme principe général d'application. Les cotisations sont dé plafonnées.

L'opération Maribel inaugure une série de réductions de cotisations sociales patronales. Elle visait les entreprises soumises à la concurrence extérieure.

Une cotisation sur les pensions est instaurée pour les soins de santé. Pour couvrir la hausse des dépenses, la part des subventions est augmentée. On commence à parler de « fiscalisation de fait » de l'assurance maladie.

Du fait de la crise économique, la sécurité sociale connaît **une première crise de légitimité**. Les points de vue des acteurs s'éloignent.

Du fait de la crise économique, la sécurité sociale connaît **une première crise de légitimité**. Les points de vue des acteurs s'éloignent.

En 1982 est décidée une dévaluation du FB de 8,5%. Le gouvernement s'accorde des pouvoirs spéciaux au détriment de la concertation sociale, afin de prendre des mesures pour rétablir la rentabilité des entreprises et les équilibres macroéconomiques (4 déséquilibres à l'époque : déficit de la balance commerciale, chômage, inflation, déficit public). Les taux de cotisation sont relevés de 28% à 38% en 10 ans, tandis que les subventions passent de 36% à 16% des recettes

afin de contribuer à l'assainissement des finances publiques.

Le point de vue qui domine est qu'on ne peut laisser croître le progrès social sans veiller à la santé économique, qui peut elle-même pâtir de la croissance rapide du coût financier du système social. On retrouve dans le discours, l'articulation entre l'économique et le social, mais dans un contexte de crise, tout à fait différent qu'en 1954 où on faisait la course à la productivité pour moderniser l'économie et relever le niveau de vie.

#### Mesures prises au début des années 80

- prélèvement de trois indexations pour le Fonds pour l'équilibre financier de la sécurité sociale ;
- relèvement des tickets modérateurs existants et nouveaux tickets modérateurs ;
- avantages fiscaux accordés aux plans d'épargne pension ;
- article 80 permettant d'exclure les cohabitants chômeurs de trop longue durée ;
- réduction des allocations de chômage des cohabitants et des isolés ;
- sélectivité familiale aussi en indemnités ;
- fermeture de lits d'hôpitaux et mesures de restrictions diverses sous le Ministre Dehaene.

Le changement majeur : au lieu d'adapter les recettes aux dépenses qui augmentent, **il s'agit désormais d'adapter les dépenses aux recettes limitées** dans un contexte d'assainissement des finances publiques visant à lutter contre l'effet boule de neige de la dette publique (les charges d'intérêt de la dette obligent l'Etat à s'endetter toujours plus pour les payer).

Les mesures sont de plus en plus sélectives en faveur des basses indemnités. L'écart se réduit entre les minima et les maxima.

La part de la sécu dans le PIB se réduit : de 22,7 % en 1983 à 19,9% en 1993.

**Malgré les restrictions, la sélectivité, le renforcement du pouvoir de l'Etat, il n'y a pas de rupture radicale, par exemple de type néolibérale.** C'est un long tunnel à passer, on verra bientôt le bout du tunnel, affirment les gouvernants de l'époque.

Une embellie conjoncturelle en 1989 permet « le **retour du cœur** » de Philippe Busquin, Ministre des affaires sociales :

- il poursuit la politique de rationalisation hospitalière par la fermeture de lits d'hôpitaux psychiatriques ;
- développe les systèmes d'enveloppes budgétaires à) ne pas dépasser en soins de santé ;
- instaure une responsabilité financière des mutualités ;
- augmente les prestations les plus basses ;
- tandis que les pensions sont à nouveau liées au bien-être en 1990 et 1991.

Une récession en 1992-93 provoque une montée du chômage.

Le « **Plan global** » de 1993 vise à rétablir la compétitivité et à préparer la Belgique à son entrée dans l'Union économique et monétaire (ce qui suppose faible inflation, déficit public modéré et une dette publique en voie d'être diminuée).

Mesures en sécurité sociale :

- plus de sélectivité en assurance maladie et une franchise sociale comme correction ; sociale du système (à l'acte avec tickets modérateurs plus nombreux et plus importants) ;
- de nouvelles réductions de cotisations sociales pour maintenir l'emploi et une hausse compensatoire du financement alternatif.

En 1995 est instaurée la gestion globale selon laquelle les recettes de la sécu sont réparties entre branches selon leurs besoins déterminés à l'avance.

En 1996, le Gouvernement met en œuvre un « **Plan de modernisation de la sécurité sociale** ». La question du vieillissement apparaît plus fortement à l'avant-scène, car il s'agit d'éviter que les générations futures doivent supporter le coût du papy-mamy boom et une pesante dette publique. Une **réforme des pensions** est décidée en 1996, qui principalement reporte de 5 ans l'âge légal de la retraite des femmes, de telle sorte que chaque année de carrière est valorisée comme pour les hommes pour 1/45 ième au lieu de 1/40 ième. Les femmes qui ne peuvent reprendre ou poursuivre leur carrière sont perdantes. On instaure aussi un droit minimum par année de

carrière pour pallier à l'effet sur la pension des rémunérations trop basses certaines années.

Par ailleurs se confirme la double tendance à réduire les cotisations patronales pour l'emploi et la compétitivité, et à plus de sélectivité dans l'octroi ou le niveau des prestations.

*Quand l'embellie fut venue... la sécu se trouva néanmoins fort dépourvue*

Embellie conjoncturelle entre 1999 et 2002.

- Le gouvernement décide d'une **réforme fiscale** qui vise notamment à réduire l'imposition du travail et à lutter contre les pièges à l'emploi notamment par un crédit d'impôt augmentant le salaire net surtout des plus bas salaires. Les chômeurs et prépensionnés en sont exclus s'agissant d'inciter les allocataires à œuvrer à leur réinsertion en vertu de « l'Etat social actif ».

Cette réforme fiscale privera l'Etat en quelques années de 10% des recettes de l'impôt des personnes physiques, indépendamment de l'effet de la conjoncture et d'une meilleure perception de l'impôt. En ralentissant l'évolution de ses moyens, l'Etat ne peut financer une amélioration substantielle de la couverture sociale qui en moyenne a décliné depuis 1980.

- Des initiatives sociales sont prises en assurance maladie : forfaits pour malades chroniques, incontinence, ...

- Le Maximum à facturer remplace la franchise sociale/fiscale, élargissant les frais à charge des patients prises en compte, ce qui permet d'accentuer la sélectivité en fonction des revenus via l'augmentation du niveau global des tickets modérateurs.

- Le Gouvernement décide d'augmenter les plus anciennes pensions. Il s'agit d'une adaptation partielle et ponctuelle à l'évolution du bien-être (et non pas équivalente et automatique). Il décidera aussi de relever les plafonds qui n'étaient qu'indexés jusqu'alors.

D'autres développements plus récents restent sans doute davantage en mémoire (Conseil des ministres de Gembloux et d'Ostende, Plan Vandenbroucke de contrôle et d'accompagnement des chômeurs, promotion du second pilier au niveau des secteurs, etc.).

### *Conclusions de l'introduction*

A travers les transformations du système, son extension, la crise économique, l'assainissement budgétaire, puis le carcan budgétaire généré par une réduction excessive des impôts, les grands principes historiques, originels, de la sécurité sociale ont été maintenus, essentiellement la combinaison entre assurance et solidarité, ainsi que la gestion largement paritaire (par les partenaires sociaux), même si au fil du temps :

- la gestion paritaire a glissé vers une gestion tripartite (Syndicats-Patronat-Etat) ;
- la part des cotisations dans le financement s'est accrue dans la crise pour diminuer ensuite en faveur du financement alternatif (remplaçant les baisses de cotisations patronales pour l'emploi) ;
- de plus en plus de sélectivité dans l'octroi et le niveau des prestations a été introduit par mesures successives ;
- et même si l'abandon de la liaison au bien-être a érodé les taux de remplacement (sauf pour les bas

Au niveau de l'ensemble des allocataires sociaux l'évolution du taux de remplacement moyen en % du salaire brut est la suivante (BFP) :

% du salaire brut	1980	1990	2003
<b>Chômage</b>	41	34.0	27.8
<b>Prépension</b>	46	41.0	35.9
<b>Pension</b>	33	33.5	32.2
<b>Invalidité</b>	43	38.4	32.7

Source Bureau fédéral du Plan

Pour l'avenir, le Bureau fédéral du Plan prévoit une baisse du taux de remplacement, de quelque 3,5% entre 2000 et 2030 et de 6,5% à l'horizon 2050 pour les pensions par exemple (estimations 2000-2050, janvier 2002 ; à cette époque , le taux de remplacement était estimé à 29,9% en 2000).

revenus bénéficiant des mesures sélectives de revalorisation des prestations).

## **ET PERSPECTIVES**

### *Constats et défis*

Erosion de la protection sociale

Pas de liaison des allocations sociales au bien-être et liaison sélective et ponctuelles des pensions.

Depuis 25 ans : Décrochage de l'évolution des revenus de remplacement par rapport aux salaires des travailleurs occupés (et évidemment encore plus par rapport aux revenus mobiliers et immobiliers).

Plafonds de salaires pour le calcul des revenus de remplacement qui n'ont pas été revalorisés pendant de nombreuses années : rétrécissement des taux de remplacement effectif et de plus en plus de gens avec une forte chute de leur revenu au moment du passage à la retraite, lorsqu'ils passent en invalidité ou perdent leur emploi. D'où, la tendance à adhérer à des propositions d'assurances complémentaires surtout au delà d'un certain niveau de salaire.

Part de la sécurité sociale dans le PIB : légère tendance à la baisse, mais les soins de santé augmentent plus vite que le PIB. La part des pensions et allocations est en nette baisse.

Augmentation des coûts des soins de santé et donc des frais à payer par les patients, notamment suite aux mesures prises pour responsabiliser et ralentir la croissance des dépenses dans le cadre de l'assainissement budgétaire des années 80 et 90, mais aussi au sous-financement chronique des hôpitaux qui se traduit par une multiplication de suppléments de plus en plus élevés.

Le coût des soins augmente :

- du fait des innovations dans le domaine médical et principalement pharmaceutique. En chirurgie cela permet d'économiser des journées d'hospitalisation. Dans les médicaments, les prix des nouveaux produits sont exorbitants...tant que l'extinction du brevet ne permet pas de remplacer par les génériques ;
- du fait des revalorisations salariales d'un personnel qui au moins jusqu'au début des années 80 était devenu de plus en plus sous-payé par rapport à son travail ;
- du fait de l'allongement de la durée de vie, de l'augmentation du nombre de personnes très âgées et du développement qualitatif et quantitatif des services d'hébergement et de soins (MRS, soins à domicile,...) ;
- peu d'influence de l'accroissement du volume des soins par habitant excepté l'effet démographique.

Dans tous les pays, les soins augmentent plus vite que le PIB, moins en Belgique vu des tarifs assez bas, mais certaines consommations relativement élevées (médicaments, actes techniques).

En conséquence, le premier défi est : revenir à une couverture plus acceptable de la perte de revenu, et améliorer l'accessibilité de certains soins (implants, maladies chroniques ou multiples, aide aux personnes dépendantes, etc). La maîtrise de la croissance des dépenses peut contenir la montée de la quote –part des patients. Pour cela en même temps que pour promouvoir la santé, ne faudrait-il pas développer fortement et intelligemment la politique de prévention (politique bien conçue, efficace, évaluée -pas de l'action pour l'action-).

Impact du vieillissement à venir de la population

Causes : baisse de la natalité, allongement continu de la durée de vie, et surtout le baby-boom à la retraite

Mais rajeunissement par l'immigration.

Augmentation du nombre de personnes entre 50 et 60 ans soit plus de prépensionnés et chômeurs âgés : impact sur l'offre de travail.

Plus de dépenses de santé et de pension, moins de dépenses de chômage (cette réduction sera moindre en cas de politique d'augmentation du taux d'activité : allongement des carrières, etc.) et d'allocations familiales.

Incertitudes : le coût des soins (rationalisation, coût des progrès médicaux, coût par personne de 80 ans par rapport au coût moyen – médicalisation, prévention et morbidité –), immigration, croissance économique et taux d'intérêt.

Facture (Comité d'étude sur le vieillissement) : 11% de plus qu'aujourd'hui, 3.4% du PIB ; 7.6% des recettes fiscales et de cotisations.

Mais avec une faible liaison au bien-être : 0.5% (mais minima sociaux 1% ; plafonds, droit minimum pension : 1.25%). Une liaison au bien-être de 1.5% représente un coût de un tiers de plus (4.6% du PIB).

Irréalisme : une croissance des soins de santé ralentie à 2.8% dès 2008 (contre 4.5% ce qui doublerait la facture du vieillissement) et sans assurance autonomie.

Se préparer à supporter l'impact du vieillissement sans réduire le degré de couverture mais au contraire en le rétablissant est le second défi.

Persistance du chômage massif

Troisième constat : le chômage et le sous-emploi de la population active restent très élevés.

Environ un travailleur sur 5 est demandeur d'emploi en Wallonie et à Bruxelles.

Le chômage de longue durée a diminué mais reste important et on observe toujours de très longues

durées de 5 ou 10 ans parmi les CCI. (5ans et + : 23%, 10 ans et + : 10%).

Le chômage est très discriminant : à l'encontre des peu certifiés/qualifiés, des femmes, des « allochtones », etc.

Les statistiques renseignent de grandes différences selon le groupe de nationalités :

Taux de chômage selon l'EFT (2002)

Belges 3,9%  
Ressortissants de l'UE 5,6%  
Non UE 15,4%

De grandes différences entre sous-régions et entre Région flamande et les deux autres Régions. Epinglons quelques contrastes dans le tableau ci-dessous.

Taux de DEI :

Flandre 9,1%	Arr Mons 25%
Wallonie 19,1%	Nivelles 13%
Bruxelles 24%	Anvers 12%
	Courtrai 7%

*Tableau : Taux de demandeurs d'emploi inoccupés (1) par région et pour quelques provinces et arrondissements (sept 2004)*

<b>Bruxelles</b>	<b>24,0 %</b>		
<b>Wallonie</b>	<b>19,1 %</b>	<b>Flandre</b>	<b>9,1 %</b>
		par « région »	
Brabant-Wallon	13,1 %		
Luxembourg	11,9 %	<i>Vilvoorde</i>	6,8 %
Namur	17,1 %	<i>Kortrijk-Roeselaere</i>	7,0 %
Liège	19,9 %	<i>Leuven</i>	7,3 %
Hainaut	22,3 %	<i>Brugge</i>	7,3 %
<i>Arr.Arlon</i>	10,5 %	<i>St-Niklaas Denderm.</i>	8,2 %
<i>Arr.Verviers</i>	15,2 %	<i>Aalst-Oudenaarde</i>	8,2 %
<i>Arr.Namur</i>	17,1 %	<i>Oostende-Westhoek</i>	8,4 %
<i>Arr.Tourmai</i>	18,0 %	<i>Turnhout</i>	8,5 %
<i>Arr.Philippeville</i>	18,6 %	<i>Mechelen</i>	8,8 %
<i>Arr.Soignies</i>	19,9 %	<i>Tongeren</i>	9,3 %
<i>Arr.Liège</i>	23,4 %	<i>Antwerpen-Boom</i>	11,9 %
<i>Arr.Mons</i>	24,9 %		
<i>Arr.Charleroi</i>	26,0 %		

(1) CCI-DE, autres inscrits obligatoirement<sup>2</sup> et Demandeurs d'emploi inoccupés et inscrits librement<sup>3</sup> ; nombre rapporté à la population active au 30 juin 2002 (sources : FOREM, calculs IWEPS ; VDAB)

Cela a un impact sur les dépenses de sécu mais aussi sur les recettes ne fusse que parce que des ressources humaines sont inexploitées. Le manque d'emplois n'incite guère les gouvernements à dépenser plus et mieux dans la formation et l'accompagnement des TSE, et mieux voire plus dans l'enseignement etc. Facile de dénoncer le manque d'employabilité des gens.

Une répartition du travail aurait pu apporter plus de croissance économique, d'innovation, et de réponses aux besoins sociaux. Même si on pense parfois qu'on a tout essayé, c'est faux.

La baisse du chômage (et pas seulement la création d'emplois) reste un défi majeur.

*L'évolution des idées*

Quelles sont les évolutions des idées qui influencent les discussions sur la sécurité sociale et les politiques mises en œuvre ?

L'influence du néolibéralisme sur les politiques qui sont menées

Le néolibéralisme est une idéologie qui se traduit dans des théories économiques. Son influence se retrouve dans plusieurs idées véhiculées :

Sur l'impôt et les secteurs non marchands :

- trop d'impôt tue l'impôt ;
- l'impôt tue l'initiative économique qui est la seule créatrice d'emploi, car les créations d'emplois par les pouvoirs publics sont financées par l'activité marchande ;
- l'économie de marché est le système le plus efficace : un système qui maximise la satisfaction des consommateurs et des producteurs, l'Etat ne doit intervenir que pour maintenir la concurrence qui fait baisser les prix et augmenter les performances des entreprises ;
- les services publics et les entreprises publiques gaspillent des ressources parce qu'ils peuvent se soustraire aux lois du marché, de même que le secteur privé non marchand qui est subsidié par les pouvoirs publics.

Le soupçon de plus grande efficacité du privé sur le public amène les gens à voter pour les partis qui baissent les impôts tout en souhaitant être bien protégés (contradiction).

Le chacun pour soi :

La concurrence de plus en plus forte dans une économie mondialisée régulée à la sauce libérale se traduit aussi par une pression plus grande au travail et par une compétition entre travailleurs. Le chacun pour soi gagne du terrain, le néolibéralisme s'enracine dans la culture (la manière de penser et de vivre notamment en société) . Ce qui fait que la persistance de problèmes sociaux est acceptée (comme l'échec scolaire ou le chômage massif) et certaines tendances s'accroissent comme la recherche d'une sélectivité des prestations de sécurité sociale.

- Les mesures de sélectivité : donner surtout à ceux qui en ont le plus besoin, et qui ne peuvent pas s'en sortir (pessimisme social), mais pas trop à ceux qui peuvent s'en sortir, cela coûtera moins cher. C'est ainsi que l'on oppose le principe de solidarité au principe d'assurance alors que notre

système a eu pour tendance historique de couvrir une proportion de plus en plus grande de la population, assure une redistribution surtout via les cotisations proportionnelles au salaire et par les recettes fiscales (subsidés et financement alternatif). La sélectivité permet de réduire quelque peu la part de la sécurité sociale dans le revenu national et de laisser la place au marché pour compléter une couverture de plus en plus insuffisante). Mais une couverture de plus en plus faible atteint la légitimité du système aux yeux de la majorité de la population si elle est poussée trop loin ( relèvement des minima sans relèvement des plafonds ni liaison au bien-être).

- Les assurances complémentaires différenciées entre travailleurs et inaccessibles à une grande partie des salariés.
- Le contrôle accru des bénéficiaires de prestations sociales, notamment par l'imposition d'obligations contractuelles de faire des efforts pour se réinsérer (mesures plus ou moins libérales/ sociales-visant l'intégration sociale-selon ses modalités).
- Le chacun pour soi communautaire n'est-il pas aussi et entre autres une manifestation de l'influence du néolibéralisme ?
- l'extrême droite qui exploite cette tendance au chacun pour soi communautaire et individuel et à la méritocratie.

L'Etat social actif comme projet à deux faces

Vient de la critique de l'importance donnée aux dépenses passives (indemnités, interruptions, prépensions,...). Il faut amener les bénéficiaires à s'activer pour ne plus émarger, s'enliser, mais s'intégrer, devenir employables,...

Face d'inspiration conservatrice : responsabiliser les allocataires pour éviter qu'ils ne profitent du système sans vouloir faire des efforts pour s'intégrer sur le marché du travail, accepter les emplois offerts, travailler à leur « employabilité ».

Face regardée par la gauche sociale-démocrate : renouer avec l'objectif du plein emploi, lutter contre l'exclusion, favoriser l'intégration sociale par le travail.

Le nouveau système de contrôle des chômeurs s'inscrit dans l'Etat social actif. Il cherche à responsabiliser les demandeurs d'emploi, à favoriser leur réinsertion quitte à exclure une partie de l'indemnisation, et cherche à éviter que des entreprises d'une sous-région n'y trouvent pas les candidats correspondant à leurs profils de recrutement ...alors qu'ils existent.

On sait d'avance que ce système ne sera guère opérant vu le manque de moyens des services de placement et du secteur de l'insertion, et provoquera des effets pervers. Même s'il peut être mis en œuvre dans un esprit constructif plutôt que répressif.

L'Etat social actif de gauche ne peut se contenter d'être pavé de bonnes intentions, il faut des moyens. L'Etat social actif libéral n'en a pas besoin, il en espère des économies budgétaires.

**La politique de disponibilité de la main d'œuvre :** accent mis actuellement sur le relèvement des taux d'emploi et de fait sur le taux d'activité et l'incitation au travail (autrement dit sur la mise à disposition d'une réserve de main d'œuvre importante et sur l'incitation à une bonne disposition de cette main d'œuvre.)

- Augmenter le taux d'emploi suppose une politique qui développe l'emploi.
- La lutte contre les pièges à l'emploi sert à rendre disponible des personnes employables éventuellement pour en remplacer d'autres.
- Allonger les carrières d'une partie de travailleurs les plus intéressants pour l'entreprise (ne pas prépensionner toute une génération mais écrémer) ne fait généralement pas plus d'emplois mais maintient des plus jeunes au chômage.
- Le maintien d'un chômage massif favorise le maintien de la répartition du pouvoir de négociation entre patrons et syndicats ou travailleurs individuels.
- Elargir l'offre de travail permet d'écrémer les plus compétents pour la compétitivité.
- On risque de dépenser plus pour maintenir des gens au travail et moins dépenser pour ceux qui ont le moins de chances de décrocher un emploi.

### Les visées de communautarisation

Le chacun pour soi communautaire peut accentuer la tendance au chacun pour soi individuel. Les soupçons de dépenses injustifiées des francophones entretiennent l'idée que les Flamands pourraient payer moins en cas de communautarisation mais aussi qu'il faut moins payer pour des gens qu'on soupçonne de vouloir moins travailler. On vise les immigrés mais aussi les bénéficiaires de l'aide sociale du CPAS, les chômeurs, etc. La communautarisation peut donc charrier plus de privatisation en Flandre, mais aussi en Wallonie puisque les moyens seraient réduits.

En matière de différences entre communautés et régions il y a pourtant d'autres choses à faire. Par exemple :

- Même s'il a été démontré qu'il n'existe pas de différences de dépenses globales de soins de santé entre Régions, il y a bien des différences injustifiées entre hôpitaux, entre services sous-régionaux de soins à domicile,... Comment va-t-on réduire ces différences de pratiques ?
- Les différences notamment Nord/Sud dans l'approche ou les pratiques de santé publique et de soins de santé sont intéressantes pour qu'il y ait un débat, des comparaisons à faire en termes d'efficacité pour la santé, et cela permettrait de progresser partout. Comment promouvoir un tel débat sur la politique de santé ? A moins de considérer qu'il faut que chaque Région doit pouvoir mener sa propre politique de santé, en oubliant que dans une Région il y a encore des différences d'approches et de pratiques. N'y a-t-il pas là l'expression d'un fantasme adéquationniste et d'une Région homogène ?
- Les grandes différences de taux de chômage et de taux d'emploi entre Régions mais surtout entre sous-régions ou bassins d'emploi, doivent interpeller : ne faut-il pas poursuivre une politique de cohésion sociale qui consisterait à réduire ces différences de probabilité de trouver un emploi selon qu'on habite dans telle ou telle sous région ?

## *Les perspectives d'action*

**Défis** en termes de politique :

### **- refinancer la sécurité sociale**

### **- préfinancer le coût du vieillissement**

...**pour** instaurer une véritable liaison au bien-être (et opérer un rattrapage de certaines prestations), et pour éviter la privatisation rampante ;

...**tout en** continuant à maîtriser l'évolution des dépenses de soins de santé et en adaptant l'offre des soins à une population vieillissante.

Et pour ne pas reporter tout l'impact du vieillissement (surtout à partir de 2015) sur les générations plus jeunes et futures.

**Comment ?**

### **- Par une politique de croissance et d'emploi**

Les perspectives 2003-2030 du BFP sont de 1.9% de croissance du PIB et 0.3% de croissance de l'emploi.

Pour élargir la base de financement de la sécurité sociale : des politiques européennes et des politiques régionales et communautaires favorables la croissance et à l'emploi.

La croissance vient de deux dynamiques conjointes qui font progresser la production d'une part, c'est-à-dire l'offre de produits, et la demande de biens et services dans le chef des acheteurs d'autre part. Du côté de l'offre, les facteurs d'évolution sont l'innovation, le progrès technique et l'augmentation de la productivité. Quant au développement de la demande, il dépend notamment de l'émergence de nouvelles formes de consommation comme dans les télécommunications actuellement, qui peuvent être largement suscitées par l'attrait des innovations et par le marketing, des investissements commandés par les pouvoirs publics, et du développement des services collectifs répondant aux besoins de la population. L'accroissement de la demande peut encore résulter d'une politique de distribution moins inégalitaire des revenus ou de l'accroisse-

ment de la compétitivité (considérée au sens large) favorable aux exportations et permettant de concurrencer les produits importés.

L'évolution de la productivité réduit les besoins de main d'œuvre, mais la dénatalité réduira un moment la réserve de main d'œuvre...mais en 2030 le chômage pourrait n'avoir baissé qu'à la moitié du chômage actuel. Alors pourquoi travailler plus longtemps en ralentissant la baisse du chômage ? : risques de pénuries de main d'œuvre qualifiée ? de hausses salariales non compétitives ?

Ou pour éviter des dépenses publiques et privées de formation des travailleurs et des DE et des revendications qualitatives et salariales ?

Solutions : orientation des étudiants, formation professionnelle et formation-insertion, efficacité de l'enseignement, lutte contre les discriminations à l'embauche, réductions ciblées du coût salarial, pacte social de modération salariale).

### **- Par une politique budgétaire préventive**

Le refinancement et le préfinancement peuvent se faire :

- A la faveur des améliorations conjoncturelles plutôt que de réduire les impôts ou faire trop de dépenses moins prioritaires.

- Le préfinancement est actuellement programmé mais insuffisamment et mal exécuté : montants versés et recettes non récurrentes : normalement la moitié de l'impact du vieillissement (tel que calculé par le Comité d'études sur le vieillissement) est payable par l'alimentation suffisante du Fonds de vieillissement, l'autre moitié par l'économie de charges d'intérêts de plus en plus importante au fur et à mesure de la fonte de la dette publique en % du PIB (ce qui suppose de faire des boni bon an mal an : que les recettes soient supérieures aux dépenses). La réforme fiscale fut exagérée (10% des recettes de l'IPP).

**- Par un élargissement des sources de financement** (taxation du capital : patrimoine et revenus du patrimoine, part des investissements et des profits dans la valeur ajoutée ; taxations environnementales,...).

Arrêter de réduire les cotisations sociales lorsque l'impact sur l'emploi ou l'emploi des groupes cibles est très douteux ou trop faible. Tenir compte de la compétitivité au sens large et pas des seuls coûts salariaux, sinon risque de désinciter à l'innovation.

Instaurer une CSG sur tous les revenus (avec un montant exonéré à la base et éventuellement une augmentation de minima sociaux et/ou du crédit d'impôt ou encore une révision des taux de l'IPP) y compris ceux des entreprises et ceux des indépendants avec une assiette large pour un taux faible. Moyennant suppression de cotisation spéciale de sécurité sociale et cotisation de solidarité des pensionnés, voire de la cotisation de modération salariale qui trouve son origine dans trois sauts d'index décidés par le Gouvernement dans les années 80.

Instaurer une cotisation sur le 2<sup>ème</sup> pilier (1% sur la capitalisation des primes ce qui est moins que les déductions d'impôts qui lui sont liées) et réduire ou supprimer les incitations fiscales au 3<sup>ème</sup>.

Réformer la taxation des revenus du patrimoine : taxation des plus-values mobilières et immobilières, suppression d'exonérations pour certains produits (sicavs de capitalisation, ...), limiter l'exonération à un carnet d'épargne par personne contre par ménage actuellement, mais avec un plafond plus bas d'intérêts exonérés qu'aujourd'hui, limitation des exonérations fiscales que certains cumulent (assurance vie, épargne pension, épargne logement,...), taxation des loyers réellement perçus (après déduction des frais réels plafonnés pour encourager l'entretien des logements par leurs propriétaires).

Une taxation progressive des fortunes de plus de 500.000 euros (moyennant réduction des droits de succession et droits d'enregistrement et de donation) : suppose levée secret bancaire, suppression des titres au porteur, cadastre des fortunes.

Une taxe CO2/énergie au moins alignée sur les pays voisins, des taxes sur des productions polluantes, des consommations énergétiques mais aussi des ecobonis.

### ***En conclusion***

Le message principal de l'exposé réside dans la conclusion suivante.

La perspective d'action qui est devant nous est double : continuer à défendre et renforcer notre système de sécurité sociale. C'est-à-dire :

- la défendre face aux défis objectifs et aux tendances idéologiques dominantes ;

et la renforcer tant dans son degré de couverture que dans son financement.

Patrick FELTESSE

Formation sur la Sécurité sociale pour les Femmes CNE dans 4 régions (Namur, Luxembourg, La Louvière, Bruxelles).

## Plan de l'exposé

### Son histoire ...

Les transformations du système de sécurité sociale

La période de construction (1944-1960)

L'essor du modèle (1960-1975)

Face à la crise, le modèle change mais ne meurt pas

Quand l'embellie fut venue...la sécu se trouva néanmoins fort dépourvue

### Enjeux et perspectives...

#### 1. *Constats et défis*

Erosion de la protection sociale

Impact du vieillissement à venir de la population

Persistance du chômage massif

#### 2. *L'évolution des idées*

L'influence du néolibéralisme sur les politiques qui sont menées

L'Etat social actif comme projet à deux faces

**La politique de disponibilité de la main d'œuvre** : accent mis actuellement sur le relèvement des taux d'emploi et de fait sur le taux d'activité et l'incitation au travail (autrement dit sur la mise à disposition d'une réserve de main d'œuvre importante et sur l'incitation à une bonne disposition de cette main d'œuvre.)

Les visées de communautarisation

#### 3. *Les perspectives d'action*

**Défis** en termes de politique :

**- refinancer la sécurité sociale**

**- préfinancer le coût du vieillissement**

...**pour** instaurer une véritable liaison au bien-être  
et pour éviter la privatisation rampante ;

...tout en continuant à maîtriser l'évolution des dépenses de soins de santé et en adaptant l'offre des soins à une population vieillissante.

### Comment ?

- Par une politique de croissance et d'emploi ;
- Par une politique budgétaire préventive ;
- Par un élargissement des sources de financement (taxation du capital : patrimoine et revenus du patrimoine, part des investissements et des profits dans la valeur ajoutée ; taxations environnementales,...).

NB : Tous ces thèmes et bien d'autres sont développés dans un dossier qui sera publié par la FEC sur la sécurité sociale.

### Notes

- 1 Cette partie historique se base principalement sur un article de Pierre Reman du 21 août 2004 intitulé « Les transformations du système belge de sécurité sociale ».
- 2 Jeunes inoccupés en période d'attente, chômeurs exclus temporairement, chômeurs renonçant à leurs allocations, chômeurs admis sur base d'un travail à temps réduit volontaire, bénéficiaires d'allocations de transition comme les étudiants à horaire réduit et des demandeurs d'emploi à charge du CPAS.
- 3 personnes à la recherche d'un emploi n'ayant pas droit aux allocations de chômage mais pouvant bénéficier des services de placement.



**AVEC LE SOUTIEN DU MINISTÈRE DE LA COMMUNAUTÉ  
FRANÇAISE,  
SERVICE DE L'ÉDUCATION PERMANENTE**