



CEPAG

Centre d'Éducation Populaire
André Genot

Sauver notre sécurité sociale !

OUTIL PÉDAGOGIQUE

Avril 2005

Rédaction :

Anne Tricot

Editeur responsable :

Jean-Claude Vandermeeren ■ CEPAG asbl
avenue Gouverneur Bovesse, 117/10 ■ 5100 Jambes

Sauver notre sécurité sociale !



Refinancer la sécurité sociale et l'adapter aux besoins sont désormais des impératifs de survie du système.

La réflexion à propos d'un financement alternatif de la sécurité sociale permettant d'apporter des moyens supplémentaires - au-delà des cotisations sociales et de la subvention de l'État -, pour répondre aux besoins générés par l'évolution de la société, date des années '70.

En 1993, lorsqu'il vit enfin le jour, ce financement alternatif avait finalement changé d'objet, destiné, non pas à financer de nouveaux besoins mais à compenser la diminution des recettes « classiques ».

Plus de 30 ans se sont écoulés. Les organisations syndicales n'ont cessé de revendiquer un renforcement des moyens pour répondre aux besoins. Des réformes ont été annoncées à diverses reprises pour finalement se résumer à des aménagements successifs en sens divers. Pour la plupart, des mesures « défensives » (limitations de prestations, apport financier non récurrent) visant à juguler des problèmes budgétaires¹, moyennant quelques avancées ciblées.

En toile de fond cependant, et sans discontinuer, la dérive vers un système de protection universelle minimale, dérive doublée de la privatisation d'une partie de la sécurité sociale...

¹ Essentiellement dus à l'augmentation considérable des dépenses de soins de santé.

Il y a urgence² !!!

Garantir le maintien (et le renforcement) de la sécurité sociale en tant que **système d'assurance solidaire obligatoire couvrant l'ensemble des travailleurs**, combattre son remplacement par un système de « protection minimale » généralisée et conditionnelle à compléter - pour ceux qui peuvent se le permettre - par le recours aux assurances privées, **voilà le véritable enjeu**.

La sécurité sociale a fait ses preuves comme pilier essentiel de protection sociale, premier rempart contre la pauvreté.

La pauvreté touche environ 13% de la population. Ce pourcentage monterait à 45% en l'absence de la sécurité sociale.

Les études portant sur la pauvreté en Belgique indiquent que si la situation s'est dégradée depuis le milieu des années '80, c'est essentiellement en raison du décalage croissant entre l'évolution des allocations sociales et l'évolution des salaires³.

² D'importants déficits sont prévus pour les années à venir et ce indépendamment même de la mise en place d'un mécanisme d'adaptation des allocations sociales au bien-être.

³ 4,2% de la population vit avec un revenu inférieur au minimum vital (revenu d'intégration situé bien en dessous du seuil de pauvreté représenté par le revenu médian de la population).

D'avantage que les hommes, les femmes courent le risque de retomber sous la protection du revenu minimal et plus de femmes que d'hommes sont en situation de précarité.

Désormais, la Belgique connaît (comme d'autres pays) le phénomène de « pauvres au travail », c'est-à-dire sous le seuil de pauvreté bien que travaillant !

Cf. : « Des trous dans la couverture belge », in Lettre mensuelle socio-économique, CCE. Novembre 2004.

I. Sécurité sociale et aide sociale

Dans le cadre des différents débats portant sur la « disponibilité » des chômeurs, les moyens à consacrer aux soins de santé, les réponses à apporter au vieillissement de la population, la spécificité de la sécurité sociale par rapport à l'aide sociale minimale est de plus en plus occultée. Volontairement par certains, intéressés par une privatisation des pans de la sécurité sociale les plus « rentables », inconsciemment par d'autres, intoxiqués par la pensée unique culpabilisatrice des « victimes » de la course à la compétitivité, rendues responsables de leur exclusion !

Dans ce contexte, il est essentiel de rappeler et souligner la différence fondamentale entre les deux niveaux de protection sociale collective que sont la sécurité sociale et l'aide sociale.

► **La sécurité sociale, assurance obligatoire et solidaire**, est un élément essentiel du pacte social de l'après-guerre portant sur la redistribution des richesses produites par les travailleurs.

Les cotisations ouvrent des droits individuels.

Le système d'assurance obligatoire est financé essentiellement par des cotisations proportionnelles aux salaires et, complémentirement, par des moyens fiscaux destinés à couvrir la part de risque qui dépasse l'exercice d'une profession.

En tant qu'assurance solidaire obligatoire, la sécurité sociale vise à garantir aux travailleurs le maintien de leur niveau de vie par l'accès à des revenus de remplacement quand ils sont confrontés à la perte de leur salaire (perte d'emploi, maladie, invalidité, pension) et par l'accès à des revenus de complément quand ils sont confrontés à des charges supplémentaires (soins de santé, éducation des enfants).

Elle préserve du risque de pauvreté en agissant en amont.

La sécurité sociale

n'est pas une assurance comme les autres !

- **La sécurité sociale assure obligatoirement tous les travailleurs.**

L'assurance classique n'assure que ceux qui ont les moyens de payer les primes fixées pour couvrir des risques précis.

- **La cotisation ouvrant accès aux prestations est fixée uniquement en fonction du salaire, sans prise en compte du niveau de risque encouru.**

L'application des règles d'assurance privée conduirait à faire cotiser davantage les peu qualifiés aux salaires les plus bas dont le risque de chômage est plus élevé, ou encore à maintenir le paiement de la cotisation même en période de couverture du risque.

- **Tous les risques sont couverts sans sélection.**

Les assurances privées se protègent, enquêtent, évaluent pour n'assurer que les « bons » risques. Par exemple, les assurances « hospitalisation » excluent généralement les maladies préexistantes à la signature du contrat, définissent le niveau de la prime en fonction de l'état de santé de la personne et offrent les conditions les plus favorables aux personnes en bonne santé.

- **Tous les droits sont maintenus sans cotisation durant les périodes couvertes par l'une des branches de l'assurance.**

Un travailleur licencié qui bénéficie de l'assurance chômage maintient ses droits dans tous les autres secteurs de la sécurité sociale. Les périodes de maintien des droits sans cotisation sont « assimilées » au travail pour le calcul du droit à la pension.

Ce mécanisme de solidarité est essentiel pour éviter que les travailleurs les plus faibles ne tombent dans la pauvreté.

Par contre, les assurances privées ont pour seul objectif la réalisation de bénéfices au profit de leurs actionnaires. Dès lors, l'absence de paiement de la prime entraîne la perte immédiate du droit.

- **Les assurés sont représentés dans les organes de gestion** des différentes branches de la sécurité sociale.

La sécurité sociale - système d'assurance et de solidarité - rencontre 3 objectifs :

- **L'équité**

La contribution est proportionnelle au salaire.

Les allocations de remplacement - chômage, indemnités de maladie, allocations d'invalidité, pension - sont proportionnelles au salaire perdu moyennant la prise en compte d'un plafond salarial. Les prestations de complément - allocations familiales et soins de santé - sont forfaitaires (donc inversement proportionnelles aux revenus). Ce double dispositif inscrit la solidarité au cœur de l'assurance

- **L'efficacité**

La mise en commun de cotisations proportionnelles aux salaires permet de mieux couvrir le risque encouru que ne le pourrait un système de contribution forfaitaire.

- **La cohésion sociale**

Chacun peut se sentir preneur d'un système solidaire obligatoire qui vise à lui garantir le maintien de son niveau de vie.

► **L'aide sociale, financée par la fiscalité, est pour sa part inscrite au budget des dépenses sociales de l'État**

Solidarité « résiduaire » ultime de la société à l'égard des plus démunis, l'aide sociale intervient après enquête sur les ressources. Elle octroie des prestations d'aide aux personnes démunies, ne disposant pas de revenus suffisants ou ne disposant d'aucun revenu [allocations d'aide aux personnes handicapées, revenu d'intégration sociale, garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA)] et **visé explicitement la lutte contre la pauvreté**⁴.

⁴ Cet objectif n'est pas atteint, les minima se situant souvent sous le seuil de pauvreté !

II. Chronique d'une dérive organisée...

Comprendre l'importance de l'enjeu actuel, nécessite de prendre conscience de l'évolution du système depuis sa création.

Jusqu'à la fin des années '70, la sécurité sociale connaît un essor permanent, marqué par un élargissement tant du champ des bénéficiaires⁵ que de la couverture des risques⁶.

Ensuite, la montée du chômage, le glissement vers des entreprises à haute intensité de capital et les difficultés budgétaires ont enclenché une dérive insidieuse et progressive de la sécurité sociale vers un système d'assistance.

⁵ La sécurité sociale s'étend progressivement à de nouvelles catégories d'employeurs et de bénéficiaires :

- toute la population active et ses ayants droit dans le cadre de différents régimes attachés aux différentes catégories professionnelles (indépendants, marins, mineurs, agents de l'État et des pouvoirs locaux...) ;
- tous les employeurs et travailleurs liés par un contrat de travail indépendamment de la durée du travail, du mode et de la forme de rémunération ;
- des catégories de travailleurs sans contrat de travail (artistes, sportifs rémunérés, handicapés en apprentissage...).

⁶ - Les droits garantis s'étendent très largement (ex. : allocation de naissance, d'orphelin...).

- Le niveau des prestations s'améliore.
- De nouveaux types de prestations voient le jour (ex. : l'intervention financière pour l'accueil d'enfants de salariés en crèches).

Différentes mesures ont conduit au recul progressif de l'assurance. On pointera notamment :

- **la mise en place d'un financement dans le cadre d'enveloppes fermées⁷,**
- **la « maîtrise » des dépenses au travers de la « responsabilisation » des acteurs⁸,**
- **l'absence d'adaptation des allocations au bien-être⁹ et le blocage des plafonds salariaux pris en compte pour le calcul des allocations,**
- **la modulation du niveau des allocations en fonction du statut familial du bénéficiaire.**

Enfin, des mesures récentes conduisent à gommer, « dépasser » la différence entre la sécurité sociale et l'aide sociale dans le cadre d'une « modernisation » de la protection sociale. Ainsi par exemple, l'alignement des montants des minima sociaux (revenu d'intégration sociale -> ex-minimex) sur ceux des allocations de chômage minimales.

Le clivage entre sécurité sociale et aide sociale est présenté par certains comme faisant partie d'un modèle dépassé, voire même inacceptable dans une société moderne qui se doit d'assurer à chacun un « revenu décent ». Revenu dont le montant n'est pas défini bien entendu !

⁷ En soins de santé, des enveloppes maximales sont déterminées chaque année (honoraires médicaux, kiné, médicaments, soins à domicile, MRS...) au sein de l'enveloppe globale attribuée et une série de remboursements de soins ont été revus à la baisse. Depuis 1996, le gouvernement vise à limiter les dépenses de soins de santé par une norme maximale de croissance des dépenses autorisée. Fixée à 1,5% par an, cette norme n'a jamais pu être respectée. Elle a été portée à 4,5% en 2004.

⁸ Exemple : augmentation du « ticket modérateur », c'est-à-dire la part du coût des soins incombant au patient complémentairement à l'intervention de l'assurance maladie.

⁹ Les allocations de remplacement n'ont plus été liées à l'évolution des salaires réels. Elles représentent un pourcentage de plus en plus faible du salaire perdu.

Il ne faut pas s'y tromper. Cette interprétation de la « modernisation » de la protection sociale est un leurre. Elle cache en réalité une volonté de démantèlement des droits sociaux, de réorganisation de la protection sociale, non pas dans l'objectif de répondre à l'évolution des besoins mais pour la limiter et renvoyer à chacun la responsabilité de son intégration versus de son exclusion !

L'initiative du ministre de l'Emploi, F. VANDENBROUCK, en matière de contrôle de la disponibilité des chômeurs est exemplative du genre. Chaque chômeur va devoir apporter des preuves de sa recherche permanente d'emploi pour maintenir son droit. Le manque - voire l'absence ! - d'emplois devient un facteur « secondaire » au regard de la responsabilité personnelle du chômeur par rapport à sa situation !

La dérive s'accroît dangereusement vers la mise en place d'un système de protection sociale minimale identique pour tous, en lieu et place d'un système d'assurance sociale basée sur des droits ouverts par des cotisations. Cela moyennant cependant le maintien d'un financement reposant essentiellement sur les cotisations des seuls travailleurs !

Concrètement, le glissement progressif du système d'assurance solidaire vers un système de protection minimale universelle s'opère au travers de :

- 1. L'amputation des droits individuels et la sélectivité des corrections sociales.**
- 2. L'évolution de la structure du financement.**
- 3. La mise à charge de la sécurité sociale d'une part croissante du financement de l'aide sociale.**
- 4. L'instrumentalisation de la sécurité sociale au service de la politique de l'Emploi.**
- 5. L'harmonisation des différents régimes de sécurité sociale.**

1. L'amputation des droits individuels et la sélectivité des corrections sociales

Les droits assurantiels, ouverts par cotisation, ont été progressivement limités, voire amputés, et ce dans les différentes branches de la sécurité sociale.

Ainsi notamment¹⁰ :

▪ Dans le secteur « chômage »

L'introduction d'une modulation des allocations en fonction de la composition du ménage dans les années '80 a constitué une première atteinte fondamentale au droit individuel¹¹.

Le plafond salarial pris en compte pour le calcul des allocations n'a pas été adapté à l'évolution des salaires. L'écart entre le montant des allocations et le revenu perdu s'est forcément creusé.

Parallèlement, différentes mesures ont visé directement le niveau des allocations, touchant particulièrement les cohabitants dont les allocations, quasiment réduites de moitié, sont devenues forfaitaires et proches du minimex.

Bon à savoir...

Le taux de remplacement des allocations de chômage par rapport au salaire perdu (plafonné) est passé de 42% en 1980 à 28% en 1999.

Enfin, l'exclusion pour chômage de longue durée (article 80) et les mesures récentes de « contrôle de la disponibilité » des chômeurs, rendus responsables de leur situation et tancés de fournir des preuves de disponibilité, remettent totalement en cause le droit individuel ouvert par la cotisation.

¹⁰ Le relevé se veut exemplatif. Il est non exhaustif.

¹¹ La catégorie « cohabitant » a été introduite également pour le calcul des indemnités de maladie.

▪ Dans le secteur « soins de santé »

La réduction de la part du coût des soins couverte par l'assurance maladie, la sélectivité des remboursements en référence aux revenus des ménages¹² et plus récemment selon les catégories de patients¹³, ont réduit la portée de l'assurance solidaire.

Tout profit pour le développement des assurances privées complémentaires !

Bon à savoir ...

L'augmentation très importante des dépenses de soins de santé - plus 206% depuis 1980, plus 50% les 7 dernières années - est supportée à 94% par les cotisations sociales du régime des salariés.

L'assurance soins de santé représente aujourd'hui 35% du total des dépenses de sécurité sociale contre 24% en 1980.

Les dépenses en soins de santé par ayant droit augmentent essentiellement en raison de l'augmentation des prix, de l'évolution des technologies, de l'attention croissante pour la santé dans les sociétés en croissance économique et, de façon marginale (pour l'instant du moins), en raison du vieillissement de la population.

¹² Tickets modérateurs plus importants et plus nombreux moyennant une multiplication des catégories de patients « VIPO » (bénéficiaires de remboursements plus élevés), introduction des franchises sociale et fiscale, maximum à facturer.

¹³ Améliorations sélectives à l'égard des malades chroniques, des enfants cancéreux.

L'universalisation de l'accès à l'assurance soins de santé, réalisée en 1997 sans financement par l'État des droits ouverts à ceux qui ne cotisent pas¹⁴, contribue au déséquilibre du budget des soins de santé.

Le rythme de croissance des dépenses de santé (9 à 10% par an alors que la norme de croissance maximale est fixée à 4,5%) au sein de la sécurité sociale déstabilise la gestion globale de la sécurité sociale. Pour maintenir l'équilibre budgétaire global, d'autres branches de la sécurité sociale ont été mises à contribution au travers de mesures de limitation des prestations.

▪ Dans le secteur « pensions »

La non application de la « liaison au bien-être » - c'est-à-dire la liaison de l'évolution des pensions à celle des salaires - et la suppression en 1997 du coefficient de revalorisation¹⁵, mesures prévues par la loi Namèche de 1973¹⁶, ont entraîné une dégradation progressive de la pension légale (premier pilier).

¹⁴ Les soins délivrés aux bénéficiaires du revenu d'intégration sociale, auparavant à charge des CPAS, ont été mis à charge de la sécurité sociale des salariés de même que les soins aux enfants de ménages mixtes salarié/ indépendant, les soins aux indépendants à revenu « faible » dont le conjoint est salarié, ainsi qu'une part des coûts des soins aux agents publics en raison de la non adaptation de la cotisation sociale versée à cet effet par les administrations/employeurs.

¹⁵ Coefficient permettant la revalorisation des salaires d'avant 1974 pour le calcul de la pension.

¹⁶ Appliquée correctement durant 3 ans, la loi n'a plus été appliquée par la suite. De 1976 à 1983, des primes forfaitaires ont été accordées. Après une période d'absence totale d'adaptation, en 1990, toutes les pensions connaissent finalement une augmentation différenciée selon la date de prise en cours. En 1991, 2% d'augmentation générale. Ensuite, plus rien jusqu'en 1999...

À cela s'ajoute l'effet du blocage, entre 1982 et 1998, de l'évolution du plafond salarial pris en compte pour le calcul des pensions, effet qui se fera sentir encore à long terme.

Cette situation a créé un terrain favorable au développement des pensions complémentaires (deuxième pilier) au détriment de la solidarité.

Bon à savoir...

La réforme de 1997 mérite d'être épinglée comme atteinte fondamentale au droit des femmes travailleuses. Sommée par l'Europe de supprimer les discriminations de genre dans la sécurité sociale, la Belgique, sans états d'âme, a choisi de porter à 65 ans l'âge de pension des femmes¹⁷, négligeant le fait que la règle préexistante (60 ans pour les femmes/65 ans pour les hommes) n'était qu'une maigre compensation par rapport aux inégalités salariales et de carrière subies par les femmes.

- **Dans les secteurs « accidents du travail »
et « maladies professionnelles »**

Les plafonds salariaux pris en compte pour le calcul des indemnités d'accident de travail ou de maladie professionnelle n'ont pas été revus pendant 30 ans¹⁸, tandis que des ponctions sur les indemnités ont été opérées !!

¹⁷ Alignement sur les conditions imposées aux hommes, soit un nivellement par le bas.

¹⁸ Les plafonds ont enfin été relevés. Cela vise uniquement les nouveaux cas survenus après le 01/09/04 !

Des atteintes particulières ont été portées aux droits à l'intérieur des différentes branches de la sécurité sociale.

Au-delà de ces reculs spécifiques, un glissement général des allocations vers des montants minima s'est opéré par le blocage des plafonds salariaux servant au calcul des allocations ainsi que par l'absence de liaison au bien-être de ces plafonds et des allocations elles-mêmes.

Conséquence :

un écart grandissant entre les allocations perçues et le salaire perdu et un recul constant du pouvoir d'achat des allocataires sociaux.

Les taux de remplacement du salaire perdu ont chuté au niveau de l'ensemble des allocations de remplacement.

En se référant aux taux de remplacement maxima respectivement atteints, la FGTB constate¹⁹ qu'en 2003 :

- la pension moyenne équivaut à 28% du salaire moyen contre 38% en 1980,
- les indemnités d'invalidité moyennes équivalent à 29% du salaire moyen contre 41% en 1982,
- l'allocation moyenne de chômage équivaut à 20% du salaire moyen contre 48% en 1976.

Chacun sait que les « moyennes » sont peu significatives, recouvrant des situations parfois très différentes. Il n'en reste pas moins que l'importance de leur détérioration respective est éclairante quant à une détérioration globale de la protection sociale !

¹⁹ Source : « De l'argent pour la sécu », FGTB, 2004.

2. L'évolution de la structure du financement

En 20 ans, de 1980 à 2000, le PIB par habitant a augmenté de 55%. Le budget de la sécurité sociale n'a pas suivi cette évolution alors même qu'une série de charges supplémentaires lui ont été imputées.

► L'État a progressivement désinvesti...

À l'origine, la participation de l'État couvrait l'excédent des dépenses sur les cotisations à l'intérieur de chaque branche de la sécurité sociale.

L'intervention de l'État dans le financement visait à couvrir l'influence de phénomènes exogènes au système sur le niveau des dépenses, comme par exemple l'accroissement du chômage, l'augmentation du nombre de bénéficiaires de pensions en raison de l'amélioration de l'espérance de vie, phénomènes de société à prendre en charge collectivement.

Dès 1963, des problèmes budgétaires au niveau de l'assurance maladie ont conduit à redéfinir les cotisations pour cette branche.

À partir du premier choc pétrolier (1973), la subvention de l'État à la sécurité sociale sera étroitement liée à la problématique de l'assainissement des finances publiques.

En conséquence, les cotisations augmenteront pour compenser la diminution de la subvention de l'État tandis que, parallèlement, des mesures d'économie toucheront les bénéficiaires²⁰.

Dans ce contexte, la pression syndicale pour garantir le financement de la sécurité sociale débouche en 1981 sur la loi d'Hoore. Cette loi établit des critères précis pour la détermination du subside de l'État dans cha-

²⁰ Fin des années '70, Le gouvernement TINDEMANS instaure l'imposition des allocations de chômage et d'invalidité, augmente le ticket modérateur et met certains frais d'hospitalisation à charge du patient.

cune des branches de la sécurité sociale. Par ailleurs, elle donne une base légale à la hausse de certains impôts indirects destinée à compenser les diminutions sélectives de cotisation accordées depuis 1976 aux secteurs soumis à la concurrence internationale. Malheureusement, cette loi n'a jamais été appliquée.

Bon à savoir

La subvention de l'État, en constante diminution à partir de 1983, moment où elle atteignait 287 milliards de FB et représentait 38% des recettes de la sécurité sociale, a finalement été bloquée en 1992 à 192 milliards FB (4,7 milliards €). Ce montant ne sera plus indexé jusqu'en 1998.

De 1981 à 1991, la part de la subvention de l'État dans le total des recettes de la sécurité sociale passe de 37,5% à 17%, la part des cotisations passe de 61,7% à 80,7% !

En 2004, la subvention de l'État ne représente plus que 11,7% des recettes²¹.

De 1981 à 1991, différents « financements alternatifs » ont vu le jour : cotisation de « modération salariale », cotisation spécifique sur le chiffre d'affaires pharmaceutique affectée aux soins de santé, cotisation spécifique sur le travail à temps partiel affectée au chômage (supprimée depuis !), etc., et surtout affectation d'une part des moyens provenant de la TVA.

Au départ, le financement alternatif visait à compenser la diminution de la subvention de l'État. Ensuite, et de plus en plus, ces nouveaux moyens de financement compenseront également les réductions de cotisations accordées aux employeurs !

²¹ Même en ajoutant le financement alternatif destiné à compenser les réductions de cotisations représentant 10,3% des recettes (hors artifice dû à la reprise des pensions Belgacom), on arrive à peine à 20% des recettes.

Bon à savoir

Le recours à la TVA non seulement reporte sur les ménages la responsabilité de financement incombant aux entreprises mais, de plus, s'avère inéquitable parce que touche indifféremment les consommateurs, quels que soient leurs revenus.

Le financement alternatif, de l'ordre de 2 milliards € en 1995, atteignait 4,5 milliards € en 2003.

En 2004, le financement alternatif a été porté à 6,3 milliards €, grâce à l'injection « one shot » de moyens dégagés « artificiellement »²² par la reprise par l'État des pensions des travailleurs de Belgacom et d'un supplément en provenance des accises sur le tabac.

En 1995, la gestion paritaire propre à chaque branche de la sécurité sociale a laissé place à un système de gestion globale tripartite (associant le gouvernement) de l'ensemble des moyens. Ce changement est fondamental. Il a opacifié définitivement le financement de la sécurité sociale.

Depuis, une cotisation globale par travailleur est prélevée, remplaçant les cotisations spécifiques affectées à chacun des secteurs de la sécurité sociale, tandis que la subvention de l'État, globalisée également, est forfaitaire.

Les moyens sont répartis annuellement en fonction d'une évaluation des besoins des différentes branches et des choix politiques !

Désormais, on ne distingue plus clairement ce pourquoi l'État intervient tandis qu'il met progressivement à charge de la sécurité sociale des salariés une série de dépenses lui incombant !

²² 1,5 milliard € qu'il faudra un jour verser aux bénéficiaires !

► Les employeurs aussi...

Profitant d'un climat économique préoccupant, situation qui avait conduit en 1981 à accorder une réduction de cotisations de 6,17% aux entreprises relevant de secteurs soumis à forte concurrence (première opération Maribel), tous les secteurs, y compris performants, ont embrayé sur le discours de la compétitivité « condition de survie » et du coût salarial « handicap », pour lancer et conforter leurs exigences de diminution des cotisations patronales. Ils ont rencontré une oreille attentive auprès des gouvernements.

L'allègement de plus en plus important des coûts du travail n'a pas été compensé par d'autres types de prélèvement au niveau des entreprises. Ces réductions- à l'exception du secteur non-marchand - ont été accordées aux employeurs sans contrepartie, sans engagement ferme de création d'emplois.

Bon à savoir

De 56 milliards de FB en 1997, les réductions passent à 78 milliards de FB en 1999. Elles montent à 4,664 milliards € ! (180 milliards de FB) en 2004 et atteignent plus de 5 milliards € en 2005.

La compensation des réductions des cotisations patronales par des moyens en provenance de la TVA fut intégrale jusqu'en 1991. Ensuite, ce ne fut plus garanti automatiquement.

En 1993, la moitié du coût du « Maribel bis » fut mise à charge de la sécurité sociale elle-même, acculée dès lors à réaliser des économies par l'introduction d'une plus grande sélectivité dans les prestations (modulation des allocations en fonction de la situation familiale, interventions différenciées dans les frais de soins de santé en fonction des revenus du ménage...).

► Les travailleurs eux-mêmes...

Depuis l'an 2000, dans le cadre des mesures visant la suppression des « pièges à l'emploi » le gouvernement a mis en place un système de réduction de la cotisation personnelle²³ des travailleurs, afin de relever le revenu net des bas salaires sans augmenter le salaire brut.

En 2005, sous le vocable de « bonus crédit d'emploi », le système a été renforcé, moyennant un élargissement du groupe cible et le relèvement du montant de réduction accordé.

Bon à savoir

En 2005, le « bonus crédit d'emploi » coûtera 89 millions € en moindres recettes à la sécurité sociale. À compenser ! A partir de 2006, un pas supplémentaire sera franchi par l'exonération totale de la cotisation personnelle pour les travailleurs à bas salaires²⁴.

3. La mise à charge de la sécurité sociale d'une part croissante des coûts de la solidarité « sociétale »

Au fil des années, une part croissante des dépenses sociales relevant de la responsabilité de l'État a été mise à charge de la sécurité sociale des salariés.

²³ 13,07% du salaire brut.

²⁴ La FGTB a toujours revendiqué une augmentation du salaire net par le biais d'une diminution fiscale plutôt que par le biais de réduction de la cotisation personnelle afin de préserver les finances de la sécurité sociale ! Non suivie, elle a néanmoins obtenu l'engagement d'un financement alternatif intégral. À suivre...

Ainsi :

- Dès 1983, les **allocations familiales garanties** en faveur des enfants dont les parents ne sont ni salariés, ni agents de la fonction publique, ni indépendants, qui relevaient jusqu'alors du budget de l'État, ont été intégralement mises à charge du régime des travailleurs salariés et donc des cotisations²⁵.
- En 1997, les dépenses supplémentaires résultant de l'**universalisation de l'accès aux soins de santé** (soins garantis aux personnes handicapées, aux minimexés) ont été imputées au régime de sécurité sociale des salariés sans compensation de l'État.
- Les **allocations d'attente**, solidarité à l'égard des enfants de l'ensemble des catégories professionnelles, sont à charge du seul régime des salariés.
- Les **allocations familiales et les soins de santé des enfants de ménages mixtes** (salarié/indépendant) sont à charge du régime des salariés.
- Le coût des décisions relatives à toute une série de problèmes politico-sociaux épineux a été mis à charge de la gestion globale, sans compensation financière suffisante. Exemples : le **statut social des gardiennes encadrées**, le **statut des artistes**, une part du coût de la réforme des polices.

4. L'instrumentalisation de la sécurité sociale au service de la politique de l'emploi

Dans le « flou » engendré par la gestion globale des moyens destinés à la sécurité sociale, une part croissante des moyens destinés au secteur « chômage » de la sécurité sociale a été progressivement imputée à d'autres fins que la couverture du risque de chômage, instrumentalisée au service de la politique de l'emploi.

²⁵ Pour rappel, avant la gestion globale, les recettes étaient engrangées par secteur. Le secteur des allocations familiales des salariés par exemple était entièrement financé par une cotisation patronale de 7% sur le salaire brut.

Dans le passé, une dotation du budget de l'État finançait les politiques de remise à l'emploi des chômeurs (CST) et les pauses-carrière des travailleurs.

Aujourd'hui, la gestion globale intervient dans le financement de politiques de soutien à l'emploi (« activation des allocations de chômage », titres services, contrats de prévention) et assume le coût des interruptions de carrière et crédit-temps (y compris des fonctionnaires).

Cette dérive conduit à ce qu'en période de basse conjoncture, les réserves réalisées par l'augmentation des recettes de cotisations sociales en temps meilleurs (ex. : période 1999-2001) ne permettent plus de compenser l'augmentation des dépenses de chômage.

Le système d'assurance se retrouve dès lors clairement mis en danger et les chômeurs sont tancés de prouver leur disponibilité !

5. L'harmonisation des différents régimes de sécurité sociale

Le discours dans l'air du temps présente comme indigne d'un État « moderne » le fait de maintenir une différence de droits sociaux entre citoyens selon qu'ils sont travailleurs salariés, indépendants ou sans revenus.

Le pas est rapidement franchi qui conduit à considérer des droits durement acquis par les travailleurs et pour lesquels ils cotisent (exemple : allocations de chômage), comme des « privilèges » anachroniques dans une société moderne qui se doit d'assurer à chacun un « revenu décent », non défini !

Il ne faut pas s'y tromper ! Les velléités d'alignement des minima d'aide sociale et de sécurité sociale, d'harmonisation des droits des indépendants et des salariés, ne sont que des éléments d'une attaque orchestrée du pacte organisant la redistribution des richesses produites par le travail !

Gommer le lien entre richesses produites et travail, sécurité sociale et salaires, permet plus aisément de réduire l'effort collectif aux seuls moyens nécessaires pour garantir la « survie » de chacun, en « oubliant » le tribut payé par les travailleurs.

L'harmonisation facilitera ensuite le « partage » des responsabilités entre Communautés (Régions) au détriment de la solidarité interpersonnelle des travailleurs.

Le mouvement est en marche :

- Les indépendants revendiquent l'uniformisation des allocations familiales « droit de l'enfant » mais refusent l'uniformisation des cotisations !
- Les indépendants obtiennent, sans cotiser davantage, le relèvement de leurs pensions minimales ainsi que la prise en charge par l'État également d'une part de l'amélioration de leur couverture en soins de santé.
- Ces dernières années, les minima sociaux ont connu des améliorations nettement plus importantes que les allocations sociales (6% sous la précédente législature et de nouvelles améliorations en vue), en raison d'une volonté politique d'un alignement de l'ensemble des montants minima (sécurité sociale et aide sociale).

Tous ces changements s'inscrivent dans un courant d'harmonisation vers le bas sur base d'une perte d'identité de la sécurité sociale !

Dans le même temps, les employeurs pointent du doigt le coût des prévisions et des périodes « assimilées », c'est-à-dire le système de solidarité interne au régime de sécurité sociale des salariés qui protège les travailleurs les plus faibles (malades, chômeurs, invalides) contre le risque de pauvreté.

III. Modernisation et refinancement

Garantir la pérennité de la sécurité sociale nécessite de l'adapter aux changements de la société et de prendre en compte les nouveaux besoins, notamment ceux liés au vieillissement.

Cette « modernisation » ne peut se confondre avec un glissement organisé vers une protection minimale et passe obligatoirement par un refinancement structurel.

1. Rétablir le caractère d'assurance des allocations relevant de la sécurité sociale

Indispensable pour éviter le nivellement par le bas et le glissement vers un système généralisé d'assistance aux plus démunis, le rétablissement du caractère d'assurance nécessite simultanément de :

- ▶ **Clarifier les missions et objectifs respectifs de la sécurité sociale et de l'aide sociale moyennant :**
 - **La consolidation d'un financement basé sur des cotisations sociales en lien avec le travail.** Les cotisations sont la base du système d'assurance sociale, concrétisation d'une redistribution de la richesse produite pour couvrir solidairement les risques individuels de l'ensemble des travailleurs du pays.
 - **L'identification des dépenses incombant à l'État à couvrir au sein de la sécurité sociale par la fiscalité** (prestations octroyées sans cotisations, responsabilité collective...), moyennant la prise en considération de l'évolution des risques et des nouveaux besoins à rencontrer.

N.B.

Tant l'accueil des enfants que la prise en charge de la dépendance liée au vieillissement apparaissent comme de nouveaux « risques sociaux ». Leur ancrage dans la sécurité sociale se justifie dans la mesure où l'absence de réponse à ces besoins a un impact direct sur l'écartement des femmes du marché du travail.

Cependant, ces problématiques relèvent également de la responsabilité collective de la société. Les mesures à prendre auront donc à tenir compte de ce que ces problématiques se trouvent à la croisée des responsabilités.

- **Une répartition équitable de la subvention de l'État entre les différents régimes de sécurité sociale (salariés, indépendants...), moyennant le partage entre ces régimes de la prise en charge du coût de la solidarité citoyenne (allocations familiales garanties, allocation d'attente, soins aux non cotisants...).**

► **Réhabiliter les allocations en tant que revenus de « remplacement » moyennant :**

- **La liaison automatique au bien-être de toutes les allocations sociales²⁶ et des plafonds salariaux pris en compte pour le calcul des montants d'allocation.**
- **Le rattrapage progressif du niveau des allocations (compte tenu des années de stagnation voir de recul) et le relèvement des plafonds salariaux de référence.**
- **La suppression de la modulation des prestations en référence à la composition du ménage ou à d'autres caractéristiques des ayants droit.**
- **La suppression progressive des droits dérivés dans le cadre de l'individualisation des droits (voir ci-dessous).**

²⁶ Et pas un mécanisme de liaison partielle ou ciblée ! À ce jour, le gouvernement n'a prévu que 75 millions € pour 2007-2008 à cette fin, ce qui permettrait à peine une seule adaptation des allocations de l'ordre de 0,3%.

2. Assurer le refinancement structurel

Indispensable pour la simple survie du système d'abord, plus encore pour son adaptation à l'évolution des besoins, le refinancement structurel de la sécurité sociale ne peut évidemment se confondre avec l'équilibrage du budget sur base de moyens remis en cause chaque année !

La croissance des dépenses de soins de santé, nettement plus rapide que celle des recettes de cotisations (lesquelles, on l'a vu, sont essentiellement mises à contribution), voire plus rapide que celle du PIB lui-même, pose problème. À cela s'ajoute le poids de la mise à charge de la sécurité sociale de coûts incombant à la solidarité.

Les moyens sont insuffisants. Le déficit 2007 (à législation constante et sans liaison des allocations au bien-être) est dès à présent évalué à 700 millions €, celui de 2008 à 1,100 milliard € !

Il n'est plus pensable de se réfugier derrière des solutions à la petite semaine pour colmater les brèches.

Deux urgences simultanées !

► **Garantir le respect des règles de base de financement du système de sécurité sociale par :**

- **la lutte contre le travail au noir** par la mise en oeuvre de moyens adéquats pour contrôler la fraude ;
- **la limitation stricte des avantages non soumis à cotisation**, moyennant la remise en question du développement de pratiques « défensives » de négociation d'avantages « poche » (chèques repas...);
- **le réajustement de la subvention versée par l'État à la sécurité sociale ;**

- l'inscription au budget de l'État, à destination de la gestion globale, des moyens correspondants à la couverture du coût des solidarités relevant de l'aide sociale mises à charge de la sécurité sociale (soins de santé en faveur des non cotisants, allocations familiales garanties...) ;
- le financement alternatif intégral des réductions de cotisations décidées par le gouvernement.

► **Élargir la base de financement de la sécurité sociale par :**

- **La création d'une cotisation sociale généralisée (CSG)**

Depuis des années, la création d'une cotisation sociale généralisée fait l'objet de réflexions et revendications multiples dans le cadre de la recherche de nouveaux moyens structurels de financement de la sécurité sociale.

Certains y voient la possibilité de remplacer les cotisations sociales existantes.

Pour la FGTB, il s'agit par contre de maintenir les cotisations et d'apporter des **moyens supplémentaires** permettant de rétablir et garantir le caractère d'assurance de notre sécurité sociale et de faire face à l'évolution des besoins²⁷.

Applicable notamment aux bénéfices bruts des entreprises, la CSG constituerait enfin en ce qui les concerne, une réelle alternative aux réductions des cotisations. En effet, celles-ci ont été accordées dans le but d'aider les entreprises à « maintenir la compétitivité salariale » et non de supprimer leur participation au financement de la protection sociale des travailleurs dans le cadre d'une juste répartition des richesses produites !

²⁷ Cela ne remet évidemment pas en cause la légitime et indispensable maîtrise des dépenses de soins de santé dans le cadre d'objectifs définis, à ne pas confondre avec une politique de diminution des dépenses !

La mise en œuvre d'une CSG doit conduire simultanément à :

- Élargir la base de financement de la sécurité sociale sans accroître la pression sur le coût du travail tout en responsabilisant les entreprises.
- Diminuer la part des travailleurs (impôts sur les revenus du travail) et des ménages (impôt sur la consommation) dans le financement alternatif en instaurant une contribution des revenus des capitaux, des bénéficiaires des entreprises et des fortunes.

Concrètement, pour être efficace et équitable, la CSG doit :

- être intégralement affectée à la sécurité sociale,
- conduire à élargir l'assiette de financement de la sécurité sociale,
- être progressive, prélevée sur tous les revenus dépassant un plafond fixé,
- s'appliquer en priorité aux revenus qui ne participent pas actuellement au financement de la solidarité : bénéficiaires bruts des entreprises, revenus des capitaux, revenus immobiliers et fortune.

Sa mise en œuvre est indissociable de :

- l'amélioration de la lutte contre les fraudes sociale et fiscale des indépendants et sociétés,
- la suppression du secret bancaire,
- la suppression des titres au porteur,
- l'établissement d'un cadastre des fortunes et des loyers immobiliers perçus,
- la suppression de la cotisation spéciale de sécurité sociale,
- le maintien tel quel du tarif de l'impôt des sociétés.

À défaut du respect de l'ensemble de ces conditions simultanées, la CSG n'aurait de « généralisé » que le nom !

- **L'individualisation progressive des droits**

La liaison stricte de l'ouverture du droit aux prestations de sécurité sociale à la cotisation individuelle²⁸, assortie du subventionnement par l'État de la prise en charge du coût des droits ouverts dans la sécurité sociale (soins de santé, allocations familiales...) aux personnes adultes sans ressources, participe de la nécessaire clarification des responsabilités de financement et conditionne l'égalité de traitement dans l'accès au droit.

Bon à savoir

Le système dit « des droits dérivés », qui ouvre actuellement le droit aux prestations sans cotisations aux adultes « à charge » d'un bénéficiaire de droits directs, a été mis en place pour protéger les femmes à une époque où l'homme travaillait « à l'extérieur » tandis que la femme s'occupait du ménage.

Ce système ne correspond plus à la réalité sociale actuelle mais coûte très cher à la sécurité sociale²⁹. Sans garantir à ce jour une protection sociale efficace aux femmes, il crée des discriminations entre les femmes sur base de leur statut familial³⁰.

²⁸ Sans remise en cause des droits ouverts au bénéfice des enfants à charge de l'ayant droit.

²⁹ 1/3 des dépenses de pension couvrent des droits « dérivés » ouverts sans cotisation.

³⁰ Une femme veuve n'ayant jamais travaillé, bénéficie de la pension de son mari défunt. Sa voisine, cohabitante qui n'a jamais travaillé, à la mort de son compagnon n'a pas droit à une pension de veuve et doit se tourner vers l'aide sociale (GRAPA). Son autre voisine, isolée mais ayant travaillé et cotisé pendant 39 ans, touche une pension calculée sur base d'une carrière incomplète, inférieure à celle de la veuve...

IV. Développements...

Depuis 1997, la FGTB mène campagne pour :

- le rétablissement de la liaison de l'évolution des allocations et des plafonds salariaux de référence à l'évolution des salaires réels,
- le relèvement des allocations et des plafonds salariaux de référence,
- la suppression des catégories d'allocataires dans le cadre d'une individualisation progressive des droits,
- un véritable financement alternatif aux réductions de cotisations et le refinancement par une CSG.

La pression des manifestations syndicales de septembre 1998, octobre 2000, mai 2001, a permis d'arracher quelques avancées, insuffisantes mais notables cependant :

- les allocations de chômeurs isolés et cohabitants ainsi que des invalides isolés ont été augmentées ;
- le plafond salarial de référence a été relevé pour le calcul des allocations dans les secteurs chômage et pensions ;
- les minima ont été relevés dans le secteur des pensions puis du chômage et de l'invalidité ;
- les pensions les plus anciennes ont bénéficié d'une adaptation au bien-être de 2%.

La manifestation de mars 2004 à Ostende, veille du « super » Conseil des ministres consacré au social, a permis de marquer encore quelques points.

Le gouvernement a prévu :

- Une série de corrections sociales à mettre en œuvre jusqu'en 2007 dans les secteurs invalidité, maladies professionnelles, accidents du travail et pensions, ainsi que le relèvement des réserves du Fonds de vieillissement.
- La poursuite du relèvement des allocations d'assistance : 1% l'an pendant 4 ans pour atteindre l'objectif déjà fixé de 10% d'augmentation, amélioration des allocations familiales pour les enfants handicapés, augmentation de la GRAPA.
- L'instauration d'un mécanisme de liaison au bien-être des plafonds et des allocations.

Importantes pour les bénéficiaires et pour le combat global en faveur du maintien de la sécurité sociale, ces mesures de « correction », arrachées !!, restent néanmoins des mesures sélectives, touchant certaines allocations et certains allocataires en fonction de leur situation de ménage ou de revenus.

Les chômeurs sont oubliés (sauf pour ce qui concerne les allocations les plus basses liées au minimum d'existence !) et la liaison automatique au bien-être est loin d'être acquise, l'accord portant uniquement sur la mise en place d'une procédure de négociation périodique (tous les deux ans) de coefficients d'augmentation différenciés selon les branches de la sécurité sociale, à appliquer à partir de 2007.

La problématique du coût croissant des soins de santé et de la responsabilité de leur financement reste entière !!

Le financement des corrections sociales décidées n'a pas été précisé et le risque existe donc de voir arriver de nouvelles mesures d'économies.

La CSG n'est pas à l'ordre du jour du gouvernement qui souhaite limiter le débat aux fins de carrière et au maintien des travailleurs âgés dans l'emploi.

Les prévisions de déficit budgétaires font ressurgir les vellétés de scinder la sécurité sociale en deux piliers, l'un financé par les cotisations et couvrant les revenus de remplacement, l'autre financé par la fiscalité complétée par une CSG, destiné à couvrir les soins de santé et les allocations familiales.

Cette proposition présentée comme une modernisation de la sécurité sociale correspondant aux évolutions de mentalité et des réglementations (universalisation de l'accès aux soins, allocations « droit de l'enfant »), n'est que la pointe de l'iceberg.

Les **employeurs**, partisans de la formule, y voient l'occasion d'obtenir une importante réduction supplémentaire des cotisations patronales, doublée de l'opportunité d'une réduction de la prise en charge collective des coûts de soins de santé au profit des assurances privées complémentaires.

La **CSC** y voit quant à elle la solution au problème de financement. Elle néglige le caractère irréaliste d'un tel système qui supposerait un accroissement gigantesque de l'affectation de moyens fiscaux à la sécurité sociale.

Le danger de la formule pour la survie de la sécurité sociale est bien réel. Non seulement en raison des vellétés des employeurs de réduire encore leur participation au financement, mais également en raison du fait qu'elle ouvre la voie à la communautarisation de pans entiers de la sécurité sociale.

Le combat est loin d'être gagné !

La prise de conscience des enjeux

reste primordiale pour une réaction organisée.

La protection sociale en chiffres



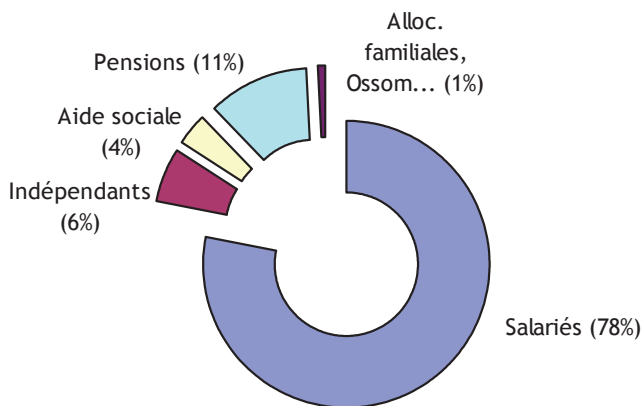
I. La protection sociale en 2004

► Dépenses : 62,5 milliards €

- Sécurité sociale des **salariés** : 48,778 milliards €
- Sécurité sociale des **indépendants** : 3,899 milliards €
- **Aide sociale** : 2,258 milliards €
- **Pensions publiques** : 7,118 milliards €

N.B. : À cela s'ajoute encore quelques postes de dépenses mineurs, comme les allocations familiales aux agents de l'État, l'OSSOM (Office de sécurité sociale d'Outre-mer)...

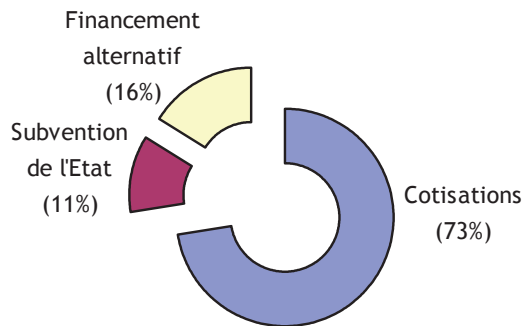
► Dépenses en %



II. La sécurité sociale des SALARIÉS en 2004

► Recettes : 46,151 milliards €

- Cotisations : 33,421 milliards €
- Subvention de l'État : 5,264 milliards €
- Financement alternatif : 7,466 milliards €



N.B. : Le financement alternatif est destiné à raison de 6,130 milliards € à la gestion globale pour répartition entre les différentes branches, le reste est imputé directement aux soins de santé.

Exceptionnellement en 2004³¹, le financement alternatif est augmenté de 1,510 milliard € pour permettre d'équilibrer le budget grâce à la reprise par l'État des pensions de Belgacom.

Bon à savoir

Réductions de cotisations sociales

en 2004 : 4,464 milliards €

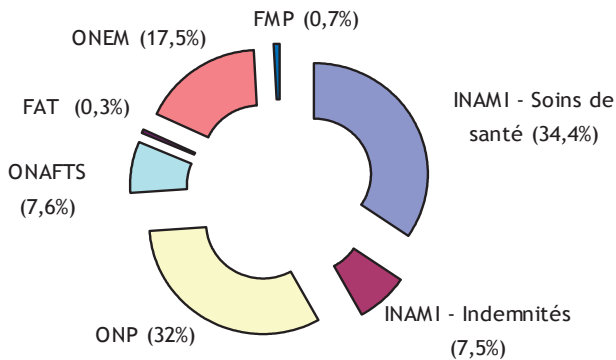
en 2003 : 3,931 milliards €

³¹ Le Conseil d'Ostende a décidé de reconduire ce montant.

Le coût des mesures prises par la Conférence nationale pour l'Emploi³² s'élève à plus de 475 millions €. Leur impact sur le financement de la sécurité sociale - en terme de rentrée de cotisations - est par contre évalué à 41 millions € !!!³³

► **Dépenses en prestations : 44,352 milliards €**

- Répartition des dépenses (en %) entre les différentes branches



³² Mesures prises lors de la Conférence nationale pour l'emploi :

- renforcement des réductions de cotisation pour les bas salaires,
- réduction structurelle de base relevée à 400 € par trimestre,
- réduction supplémentaire à partir d'un salaire indexé de 12.000 € bruts par trimestre,
- suppression de la condition relative au seuil de prestations minimale ouvrant l'octroi aux réductions pour les contrats portant sur au moins un mi-temps à partir d'avril (19 millions en 2004),
- réduction supplémentaire pour les jeunes de moins de 26 ans peu qualifiés (22,5 millions),
- politique d'activation de l'entreprise en cours de restructuration, axée sur le remplacement (18 millions € en 2004 et 50 millions € en 2005),
- réduction Maribel social augmentée de 37,5 millions €. En 2005, une nouvelle réduction de 77,5 millions pour progresser vers une réduction structurelle équivalente à celle accordée au secteur marchand.

³³ Effet retour sur l'emploi des réductions de cotisations : 19 millions attendus !
 Instauration titres services : 8,2 millions de cotisations attendues.
 Lutte contre fraude sociale des faux indépendants : 13,5 millions attendus.

• **Répartition des dépenses et évolution (en %) par rapport à 2003 - (En millions €)**

INAMI - Soins de santé	15.240	+ 6,07%
INAMI - Indemnités	3.323	+ 3,95%
ONP	14.193	+ 2,21%
ONAFTS	3.370	+ 0,72%
FAT	150	+ 2,44%
FMP	315	+ 2,23%
ONEM	7.737	+3,25% chômage, + 0,68% prépension, -8,51 % en interruption de carrière
Total d'évolution des prestations		+3,50%

N.B. : Les dépenses ONEM se répartissent comme suit :

- Chômage : 6,140 milliards €
- Prépensions : 1,196 milliard €
- Interruption de carrière : 400 millions €

À propos de l'évolution des dépenses

1. Soins de santé

Des **initiatives nouvelles** sont prises pour un montant de **130 millions €** :

35 millions pour améliorer l'accessibilité en soins de santé

58 millions pour améliorer le financement des prestataires

37 millions pour endiguer le déficit structurel des hôpitaux

Des **économies** sont réalisées pour **221 millions €** :

158 millions de maîtrise de la consommation des médicaments

63 millions de report de dépenses

2. Indemnités maladie-invalidité

L'augmentation des dépenses résulte essentiellement du relèvement du taux pour le calcul des indemnités des isolés (50% au lieu de 45%

du salaire) et de l'introduction de montants minima en période d'incapacité.

3. Pensions

La faible croissance résulte de la combinaison de l'économie faite sur le dos des femmes par le recul de l'âge de la pension (**-4940 pensions de retraite en 2004 !!!**) avec la majoration de 2% pour les pensions prises en 1996 (4,5 millions) et le relèvement des plafonds (3,6 millions).

4. Accidents de travail

L'augmentation provient de l'augmentation des prestations pour « incapacité permanente de moins de 16% ».

5. Chômage / Prépensions / Interruptions de carrière

L'ONEM prévoit une augmentation de 13.765 chômeurs toutes catégories confondues (unités physiques) en 2004 pour **atteindre 907.372**.

Chômage

- Économies attendues :
 - « Retour » de 22 millions de l'ensemble de l'action titres services (l'enveloppe est augmentée de 66 millions € et on attend 11 millions € de cotisations supplémentaires).
 - 46 millions d'économie sur les prestations chômage par la « lutte contre la fraude sociale ».
- Dépenses supplémentaires :
 - 11,136 millions pour couvrir le chômage des gardiennes encadrées.
 - 1 jour de chômage en plus (29 février !).

N.B. : Les frais administratifs de l'ONEM augmenteront de 3,160 millions pour le renforcement de l'inspection sociale !!!

Prépensions

Prévision d'un recul du nombre de bénéficiaires de l'ordre de 1.000 personnes pour atteindre **107.582 unités physiques**.

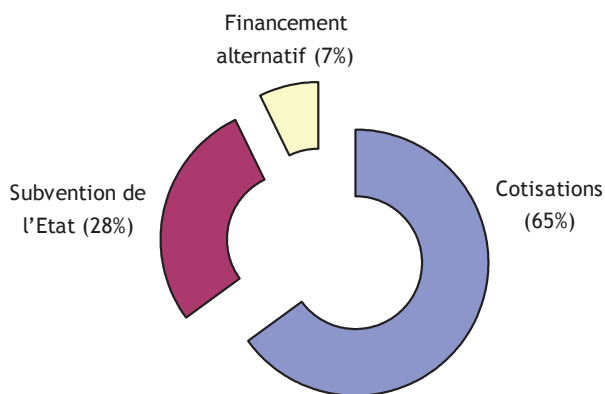
Interruptions de carrière / crédit-temps

Diminution attendue de **15.861 unités**.

III. La sécurité sociale des INDÉPENDANTS en 2004

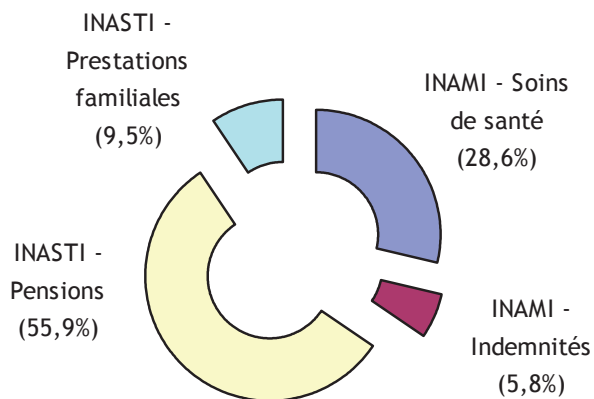
► Recettes : 3,793 milliards €

- Cotisations : 2.461 millions €
- Subvention de l'État : 1.058 millions €
- Financement alternatif : 274 millions €



► **Dépenses en prestations : 3,559 milliards €**

- Répartition des dépenses (en %) entre les différentes branches



- Répartition (en million €) et évolution (en %) par rapport à 2003

INAMI - Soins de santé	1.017	+4,47%
INAMI - Indemnités	208	+8,01%
INASTI - Pensions	1.990	+0,77%
INASTI - Prestations familiales	340	+0,99%
INASTI - Assurance faillite	4	0,00%
Total		2,22%

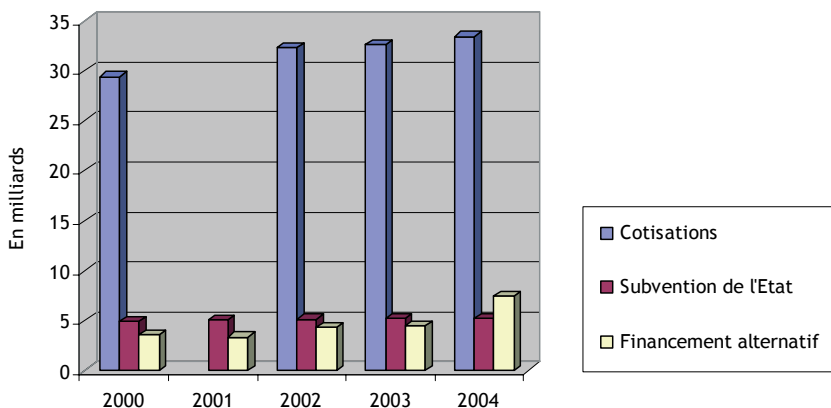
N.B. : Les dépenses d'indemnités augmentent fortement notamment suite aux mesures prises en 2003 en faveur du conjoint-aidant.

IV. Comparaison de l'évolution des recettes des régimes de sécurité sociale des salariés et des indépendants

► Sécurité sociale des salariés

(En milliards €)	2000	2001	2002	2003	2004
Cotisations	29,375		32,291	32,571	33,421
Subvention de l'État	4,962	5,090	5,123	5,211	5,264
Financement alternatif	3,564	3,341	4,340	4,460	7,466

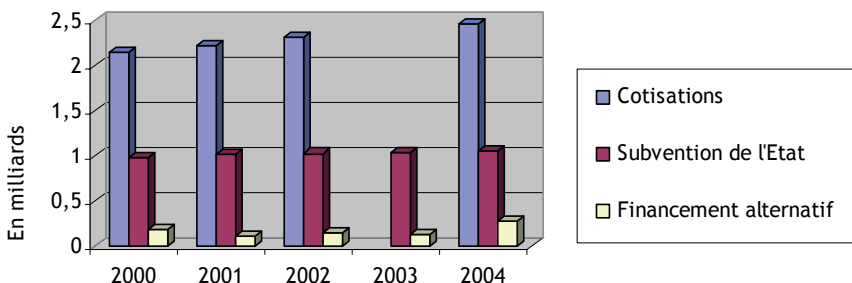
- Evolution des recettes du régime « salariés »



► Sécurité sociale des indépendants

(En millions €)	2000	2001	2002	2003	2004
Cotisations	2.143	2.224	2.313		2.461
Subvention de l'État	980	1.013	1.028	1.043	1.058
Financement alternatif	183	118	147	139	275

• Evolution des recettes du régime « indépendants »

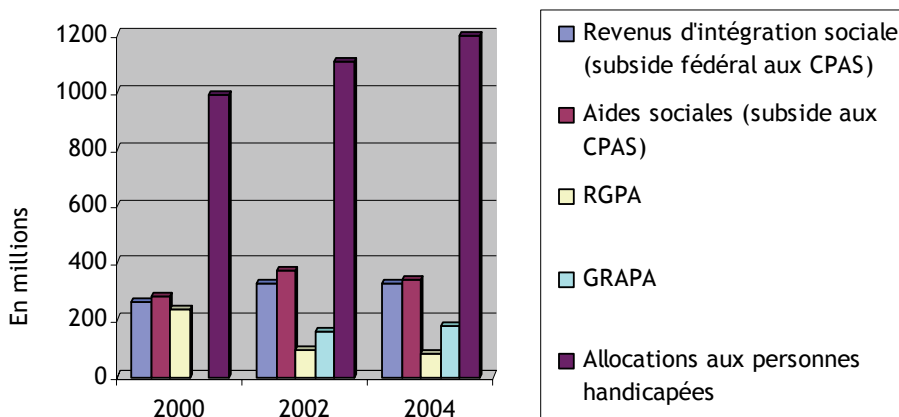


La part de l'État, c'est-à-dire la subvention plus le financement alternatif, constitue près de la $\frac{1}{2}$ des recettes dans le régime des indépendants. Dans le régime des salariés, cette part constitue moins que le tiers alors que ce régime supporte toute la solidarité apportée aux non cotisants (allocations garanties, allocations d'attente, soins de santé des enfants de couples mixtes, soins de santé de non cotisants) plus des mesures d'activation (police, gardienne, titres services...).

V. L'aide sociale

► Evolution des dépenses

(En millions €)	2000	2002	2004
Revenus d'intégration sociale (subside fédéral aux CPAS)	263	327	331
Aides sociales (subside aux CPAS)	285	372	342
RGPA	237	96	84
GRAPA		158	178
Allocations aux personnes handicapées	989	1.106	1.193
Total	1.774	2.059	2.128



Sommaire

I. Sécurité sociale et aide sociale	5
II. Chronique d'une dérive organisée	9
1. L'amputation des droits individuels et la sélectivité des corrections sociales	12
2. L'évolution de la structure du financement	17
3. La mise à charge de la sécurité sociale d'une part croissante des coûts de la solidarité « sociétale »	21
4. L'instrumentalisation de la sécurité sociale au service de la politique de l'emploi	22
5. L'harmonisation des différents régimes de sécurité sociale	23
III. Modernisation et refinancement	25
1. Rétablir le caractère d'assurance des allocations relevant de la sécurité sociale	25
2. Assurer le refinancement structurel	27
IV. Développements	31
ANNEXE : LA PROTECTION SOCIALE EN CHIFFRES	35
I. La protection sociale en 2004	37
II. La sécurité sociale des salariés en 2004	38
III. La sécurité sociale des indépendants en 2004	42
IV. Comparaison de l'évolution des recettes des régimes de sécurité sociale des salariés et des indépendants	44
V. L'aide sociale	47



Av. G. Bovesse 117/10
B-5100 Jambes
Tél. 081 32 88 80
Fax 081 31 19 40
www.cepag.be

Avec le soutien de la Communauté française

