



## L'ÉVOLUTION DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE : BILAN ET PERSPECTIVES

RÉMI PELLET \*

Contrairement aux intentions des rédacteurs des ordonnances de 1945, qui prévoyaient la création d'un « régime général » auquel auraient été affiliés tous les actifs, la Sécurité sociale a été finalement construite sur une base de régimes professionnels : « hantés par la promiscuité avec les ouvriers à laquelle conduisait le plan gouvernemental, patrons, entrepreneurs indépendants, agriculteurs, cadres, ont cherché à conserver le contrôle d'un territoire professionnel dans lequel la redistribution interprofessionnelle n'aurait pas droit de cité (... Ainsi) la Sécurité sociale française a été fondée sur une conception minimale de la solidarité nationale, qui pouvait, par contraste, donner aux syndicats ouvriers le sentiment que les principes de l'assurance professionnelle l'avaient emporté »<sup>1</sup>. Le terme « assurance » bénéficie alors d'une connotation positive qu'il gardera longtemps<sup>2</sup>. Il est utilisé dans les intitulés de la plupart des organismes de protection sociale mis en place jusque dans les années soixante (assurance maladie, vieillesse, chômage...) parce qu'il s'oppose à l'idée d'assistance et de gestion par l'État, comme se distinguent étymologiquement le terme « finances » attaché à l'État et le mot « risque » attaché au contrat d'assurance<sup>3</sup>.

L'emploi du terme « assurances sociales » semble justifié en France puisque les caisses de Sécurité sociale, financées par des cotisations assises sur les salaires, y ont été construites comme en Allemagne « à côté » de l'État et du système hospitalier, selon le modèle institutionnel dit « bismarckien », qui se distingue du système de protection

\* Professeur à l'Université Lille II.

sociale anglais dit « beveridgien » où l'État finance par l'impôt les dépenses sociales et sanitaires parce qu'elles ont pour finalité, non pas de compenser des pertes de salaire mais, d'abord, de lutter contre la pauvreté, en application de la règle dite des trois « U » : universalité et uniformité des prestations et unité de gestion dans un seul service public placé sous l'autorité directe du gouvernement, avec, en particulier un service national de santé (*National Health Service*) assurant gratuitement les soins médicaux à toute la population.

Le caractère d'« assurance professionnelle » des régimes de Sécurité sociale français s'est progressivement effacé lorsque se sont distendus, d'une part, le lien entre l'activité et le droit à prestations, d'autre part, le lien entre le montant des cotisations versées et le montant des prestations reçues. Ainsi, « tout se passe comme si on avait cherché à atteindre les objectifs de Beveridge avec les méthodes de Bismarck (.../...). Les missions qui ont été confiées au système de Sécurité sociale ont relevé de plus en plus du « modèle beveridgien » : soutien des plus pauvres, couverture de l'ensemble de la population et développement de prestations à vocation universelle telles que les prestations familiales et les prestations dites en nature de l'assurance maladie. En revanche, le développement des institutions de Sécurité sociale de 1945 à la fin des années 1970 montre une domination de l'inspiration « bismarckienne » des moyens mis en œuvre : protection visant moins la lutte contre la pauvreté que la compensation du revenu des bénéficiaires ; protection fondée sur le travail et sur la technique de l'assurance ; financement par cotisations professionnelles ; prestations majoritairement contributives ; gestion du système par les représentants des employeurs et des employés »<sup>4</sup>.

Si les formes institutionnelles du système français de Sécurité sociale ont donc peu évolué par rapport au modèle originel, en revanche, le mode de financement des régimes par des cotisations assises sur les seuls salaires a été réformé, mais tardivement, avec notamment, la substitution au début des années 1990 de la CSG à une partie des cotisations sociales, autrement dit la « fiscalisation » partielle de la Sécurité sociale et, notamment de l'assurance maladie.

Or, en France, les syndicats de salariés ont constamment défendu le principe du financement de la Sécurité sociale au moyen de cotisations sociales payées par les employeurs parce qu'ils y voyaient une forme de « taxation du capital » directement affectée à la satisfaction des besoins sociaux. La majorité de ces mêmes syndicats, à l'exception notable de la CFDT, ont combattu la fiscalisation de la Sécurité sociale, c'est-à-dire le remplacement des cotisations sociales par des impôts du type de la contribution sociale généralisée (CSG), au motif qu'elle était une forme d'étatisation de la Sécurité sociale et de l'assurance maladie en particulier.



Dans cet article, nous allons revenir d'abord sur les raisons pour lesquelles l'assiette du financement de l'assurance maladie est restée « plafonnée » jusqu'au milieu des années 1980. Nous évoquerons ensuite les conditions dans lesquelles des recettes fiscales ont été substituées à des cotisations sociales *salariales* afin d'être directement affectées au financement des dépenses dites « en nature » de l'assurance maladie. Enfin, après avoir présenté les dispositions de la Loi du 13 août 2004 qui réforment très partiellement le financement de l'assurance maladie, nous plaiderons pour une accentuation de la fiscalisation de l'assurance maladie, en nous appuyant, notamment, sur les travaux des économistes de l'OFCE (Observatoire français des conjonctures économiques).

#### *LE DÉPLAFONNEMENT TARDIF DES COTISATIONS D'ASSURANCE MALADIE*

Avant-guerre, les assurances sociales n'étaient obligatoires que pour les salariés dont le revenu était inférieur à un plafond. Le plafond de cotisation était un plafond d'affiliation qui dessinait « une ligne de respectabilité » entre les personnes prises en charge par une assurance obligatoire et celles qui étaient capables d'autonomie et participaient à des institutions « autonomes », nées de l'initiative des entreprises. Dans ce dernier cas, le patronat avait recours à la formule de contrats d'assurance de groupe.

Avec le système de Sécurité sociale créé à la Libération, tous les salariés ont été assujettis sans considération du montant de leurs revenus (suppression du plafond d'affiliation), mais la cotisation est demeurée perçue sur les revenus plafonnés. En effet, contrairement aux choix faits au Royaume-Uni à la même époque, le système de Sécurité sociale français devait être d'abord une « assurance de salaire », de type « bismarckien ». Dès lors, puisqu'il s'agissait de garantir le remplacement d'une partie du revenu monétaire en cas de perte provoquée par une interruption de travail momentanée du fait de la maladie, la cotisation devait varier avec le revenu dont elle garantissait le remplacement. Une prestation plafonnée était financée par une cotisation elle-même plafonnée. Cette logique a perdu progressivement de sa pertinence parce que l'étendue et la nature des risques couverts ont changé. Dès lors, le « déplafonnement » de l'assiette des cotisations a été organisé en plusieurs étapes.

#### *Le plafonnement originel de l'assiette de l'assurance maladie*

Pour l'assurance maladie, le Code de la Sécurité sociale distingue les prestations en nature et les prestations en espèces. Ces expressions sont inadéquates et trompeuses. En effet, les prestations servies par la Sécurité

sociale sont toujours des prestations monétaires : c'est le service rendu à l'assuré qui peut être « en nature » (soins) avant que son prix ne soit remboursé à l'assuré en « espèces ». Autrement dit, certaines prestations de l'assurance maladie compensent une perte de revenu, alors que les autres couvrent le prix d'un service rendu et dont la charge est, elle aussi, évaluée en termes financiers. En 1945, les services de santé publics (hôpitaux, dispensaires, médecine du travail et médecine scolaire...) étaient essentiellement financés par l'impôt (budget de l'État ou des collectivités locales). La cotisation d'assurance maladie a donc été d'abord conçue comme une assurance de salaire, et, sur le modèle de l'assurance vieillesse, une cotisation plafonnée donnait droit à un revenu de remplacement (indemnités journalières) lui-même plafonné. Mais, l'assurance maladie a pris aussi en charge la couverture des soins dispensés par les médecins de ville et les institutions hospitalières, passant ainsi du rôle d'assurance de salaire à celui d'« assurance de santé ».

Les hôpitaux sont restés jusqu'au XIX<sup>ème</sup> siècle financés au moyen de ressources propres (biens-fonds, rentes...) et de subventions communales et départementales. Mais dès la fin du siècle, leurs ressources traditionnelles se sont amenuisées, les charges obligatoires augmentant, la nécessité de recettes nouvelles se faisant de plus en plus sentir. Après les bouleversements de la Seconde guerre mondiale, le caractère charitable des établissements hospitaliers s'est complètement effacé et ceux-ci n'ont eu d'autre choix alors pour subsister que de faire payer les frais de séjour aux patients sur la base des prix de journée. C'est la généralisation de l'assurance maladie qui a permis ce changement du mode de financement des hôpitaux en prenant en charge le remboursement des frais de séjour des assurés sociaux. Ainsi, alors qu'en 1938 les frais d'hospitalisation devaient représenter 0,36 % des salaires, ils s'élevaient à 2,40 % en 1949. Ils atteignaient en 1950 le tiers des dépenses de l'assurance maladie et en 1953, 45 % des prestations en nature de la Sécurité sociale. Par ailleurs, les ordonnances de 1945 sur la Sécurité sociale prévoyaient la prise en charge à 80 % des frais de consultation auprès des médecins de ville conventionnés avec les caisses d'assurance maladie. Ce taux de remboursement ne fut pas atteint du fait de l'attitude d'une majorité de médecins qui revendiquaient le conventionnement sans tarif opposable (c'est-à-dire un tarif fixe pour les assurés sociaux) homologué par les ministères. L'assurance maladie a cependant progressivement solvabilisé l'essentiel de la demande d'actes de santé, en secteur libéral comme elle l'a fait en milieu hospitalier.

Les frais d'hospitalisation et de consultation en médecine de ville ont été longtemps financés exclusivement par le produit de cotisations d'assurance maladie. Or, dans une logique strictement assurantielle la cotisation d'assurance de santé ne devrait pas varier avec le revenu de



la personne mais avec le coût des soins prévisibles. Cette logique peut conduire alors à taxer fortement des revenus modestes exposés à des risques de maladie plus coûteux que ceux auxquels sont exposées des personnes aux revenus élevés. Cette situation n'aurait pas été acceptable dans le cadre d'une assurance sociale publique. Les régimes d'assurance maladie de Sécurité sociale ont donc continué d'être financés par une cotisation à taux proportionnel aux salaires et non aux risques, mais sous plafond, pour financer des prestations allouées non plus en fonction des revenus des personnes, mais en fonction de leurs besoins. Ce système a alors abouti à une redistribution de richesses entre les salariés aux revenus supérieurs, proches ou dépassant le plafond, et les salariés moins bien rémunérés qui cotisent moins et sont en fait plus fréquemment malades (du fait de conditions de vie et de travail difficiles, pour un salaire qui ne permet pas des dépenses de prévention et d'entretien). Le plafonnement de l'assiette de la cotisation maladie a revêtu alors une nouvelle signification : il est devenu une façon de limiter cette redistribution financière entre « bons » et « mauvais » risques qui résulte du maintien d'une assiette salariale pour financer des dépenses de santé dont le coût est sans rapport avec salaire.

Le plafonnement de la cotisation maladie n'a pas abouti seulement à limiter la redistribution sociale. Il a rendu le prélèvement social dégressif : la charge de la cotisation par rapport au revenu réel diminuait d'autant plus que le revenu dépassait plus largement le plafond de rémunération, alors que les prestations en nature étaient exonérées d'impôt sur le revenu. Or, au cours des années 1960 et 1970, les prestations sociales et, en particulier, d'assurance maladie sont devenues progressivement universelles, c'est-à-dire étendues à des ayants droit non cotisants : conjoints d'assurés (l'épouse le plus souvent, exclue du marché de travail), retraités dont les pensions d'assurance vieillesse ne constituant pas des salaires étaient exonérées de charges sociales, chômeurs privés, sinon d'indemnisation, du moins de salaire et donc, eux aussi, exonérés de cotisations... Ces prestations de solidarité, non contributives, étaient donc financées par des cotisations assises sur les seuls salaires situés en-dessous du plafond. Le plafond est devenu ainsi économiquement et socialement injustifiable. Mais sa suppression était politiquement difficile, car elle posait la question d'une réforme plus radicale encore : le déplafonnement faisant perdre à la cotisation la fiction de son caractère assurantiel, il paraissait appeler logiquement un autre élargissement de l'assiette du prélèvement, par la mise à contribution, c'est-à-dire par l'impôt, de toutes les formes de revenus, puisqu'il ne paraissait pas logique de laisser à la charge des seuls revenus du travail, même déplafonnés, le financement de prestations devenues « universelles ».

*Le déplafonnement de l'assiette des cotisations d'assurance maladie  
entre 1967-1984*

Les partenaires sociaux s'opposaient au déplafonnement parce que le plafond était devenu le seul élément qui permettait de maintenir la fiction du caractère assurantiel et donc « professionnel », d'une protection contre les risques de santé financée par une cotisation assise sur des revenus salariaux. Si le déplafonnement l'a finalement emporté, c'est pour des considérations plus économiques que sociales : dans la mesure où l'élargissement de l'assiette était compensé par une diminution des taux de cotisation, il en résultait un allègement de charges sur les entreprises employant beaucoup de salariés avec de faibles rémunérations. Il s'agissait donc d'aider relativement les industries de main d'œuvre. Mais le déplafonnement de l'assiette des cotisations maladie fut très lent, et réalisé par étapes entre 1967 - lorsque la création de trois caisses nationales distinctes conduisit à la séparation des cotisations d'assurance maladie et vieillesse - et 1984. La lenteur du processus de déplafonnement s'explique d'autant plus que les pouvoirs publics n'avaient pas oublié qu'après avoir supprimé le plafonnement de l'assiette de la cotisation d'allocations familiales en 1958, le gouvernement avait dû le rétablir dès l'année suivante car cette mesure de déplafonnement avait été dénoncée par certains syndicats comme une étape préalable au transfert aux administrations fiscales de l'encaissement des cotisations de Sécurité sociale. La crainte d'une « fiscalisation-étatisation » des régimes sociaux conduisait ainsi ces syndicats à défendre, au nom de la démocratie sociale, un mode de prélèvement régressif, c'est-à-dire dont la charge diminuait avec le revenu (cf. *infra*).

*L'AFFECTATION DE RECETTES FISCALES  
AUX RÉGIMES D'ASSURANCE MALADIE*

Le législateur a créé d'abord, à titre expérimental, des recettes fiscales d'appoint pour l'assurance maladie en taxant des produits néfastes à la santé. Ainsi, la Loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 a attribué au profit de l'assurance maladie deux contributions spécifiques, l'une sur l'alcool, l'autre sur le tabac qui sont deux impositions au sens l'article 34 de la Constitution, spécialement affectées à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) en considération des dépenses de santé que génère l'usage des produits ainsi taxés. Ces recettes ont été ultérieurement détournées pour d'autres usages (cf. *infra*).

La fiscalisation des ressources de la Sécurité sociale est devenue véritablement significative avec la substitution de la CSG aux cotisations salariales.



Comme l'a rappelé le 14<sup>ème</sup> rapport du Conseil des impôts, la création de la CSG en 1990 est l'aboutissement d'une réflexion qui porte à la fois sur les cotisations sociales et sur l'impôt sur le revenu. On ne peut donc comprendre sa raison d'être sans d'abord connaître les reproches qui sont faits aux prélèvements classiques sur le revenu des ménages.

Ainsi, à partir des années 1970, les développements de la législation sociale ont remis en cause les deux caractéristiques du système professionnel de Sécurité sociale qui avait été choisi en 1945 : le lien entre l'activité et le droit à prestations, d'une part, le lien dit contributif entre le montant des cotisations versées et le montant des prestations reçues, d'autre part. La Sécurité sociale a ainsi progressivement mêlé une logique d'assurance de salaire et une logique de solidarité générale, sans que son mode de financement ait été cependant profondément réformé, les taux des cotisations assises sur les seuls revenus du travail, progressivement dé plafonnés, étant seulement continûment relevés.

Par ailleurs, les ressources des ménages ont évolué dans un sens qui tendait à réduire la part des revenus d'activité et, en particulier, des salaires. Ainsi, les entreprises ont multiplié les versements de rémunérations autres que le salaire (contributions patronales de retraite et de prévoyance complémentaire, participation des comités d'entreprise, participation aux résultats, avantages en nature, indemnités de rupture du contrat de travail, régime de souscription ou d'achats d'action...) qui échappent largement aux cotisations sociales.

Les revenus du patrimoine se sont, eux aussi, développés passant de 7 % des revenus des ménages, à 11 % en 1993 et les revenus sociaux se sont accrus, représentant globalement 27 % des ressources des ménages, 45 % des adultes y trouvant même aujourd'hui l'essentiel de leurs ressources. L'assiette des cotisations ne cessait donc de se réduire alors que les dépenses sociales qu'elles finançaient ne cessaient de croître. Ces dépenses constituaient des ressources qui se substituaient au salaire et réduisaient alors un peu plus l'assiette des cotisations.

Enfin, on a vu que le dé plafonnement qui était déjà l'extension de la solidarité à l'ensemble des salaires pour le financement de dépenses de « solidarité » - c'est-à-dire celles qui n'avaient plus la nature de prestations d'assurance de salaire -, semblait devoir appeler son dépassement par la mise à contribution de l'ensemble des revenus, c'est-à-dire par l'impôt.

L'inadaptation d'un financement fondé exclusivement sur les cotisations sociales aurait ainsi pu inciter les pouvoirs publics à recourir à l'impôt sur le revenu : les comparaisons internationales montrent, en effet, que les deux types de prélèvement sont apparemment substituables puisque les pays d'Europe où les cotisations sociales sont très élevées sont ceux dont l'IR a le plus faible rendement, tandis que ceux où les

cotisations sociales sont faibles (1,6 % du PIB au Danemark) ont l'IR le plus important (28 % du PIB au Danemark). Il y aurait eu quelque logique à ce que des dépenses de solidarité nationale soient financées par le seul impôt progressif perçu en principe sur l'ensemble des revenus. Cette solution n'a cependant pas été retenue.

Les défauts de l'IR français analysés déjà par le Conseil des impôts dans son 10<sup>ème</sup> rapport public (1990), quelques mois avant le vote de la Loi de finances ayant créé la CSG, ont paru trop importants pour que cet impôt puisse être utilisé dans le financement de la Sécurité sociale.

En premier lieu, plusieurs facteurs minorent excessivement le rendement potentiel de l'IR : l'entrée dans l'imposition à un niveau de revenu sensiblement supérieur à ceux des autres pays européens ; la prise en compte de la situation familiale (par le jeu du « quotient familial ») de façon beaucoup plus favorable que dans la plupart des autres pays européens ; la réduction de la base imposable par l'exclusion de très nombreux revenus de prestations sociales et la diversité des abattements (20 % et 10 % pour les salaires, notamment) ; la multiplication des réductions d'impôt pour des objectifs très divers.

En deuxième lieu, alors que dans la plupart des pays de l'OCDE, l'IR est « retenu à la source » sur les salaires et traitements, et payé par l'employeur, comme le sont en France les cotisations sociales salariales, l'impôt sur le revenu français demeure payé par le contribuable à la suite de sa déclaration de revenus et de l'envoi en retour d'un avis d'imposition par l'administration. Cette technique a pour effet de rendre « traumatisant » le paiement de l'IR alors que la retenue à la source a pour effet d'« anesthésier » la « sensibilité » des contribuables. Dans ces conditions, toute augmentation de la progressivité de l'IR ou tout élargissement de son assiette est individuellement plus mal ressenti que l'augmentation d'un prélèvement proportionnel à la source. Par ailleurs, la forte « familiarisation » de l'IR est un obstacle à l'alourdissement de son barème qui voit ses effets fortement atténués pour les familles, du fait du quotient familial. La charge supplémentaire serait donc trop exclusivement concentrée sur les célibataires et couples disposant de revenus moyens (de sorte que) le bilan « gain budgétaire-coût politique » serait négatif.

Enfin et surtout, l'IR est une recette budgétaire de l'État, recouvrée par les services de l'administration fiscale et qui ne peut être affectée au financement d'une dépense particulière, en application du principe d'« universalité » posé par le texte valant loi organique sur les lois de finances. Dès lors, le financement de la Sécurité sociale par l'IR aurait posé, au moins à court terme, des difficultés considérables tenant, d'une part, aux conditions juridiques et pratiques du partage des charges du recouvrement de l'impôt et de son produit entre l'État et les caisses de

Sécurité sociale, et d'autre part, aux réactions des partenaires sociaux qui n'auraient pas manqué de stigmatiser une volonté d'« étatisation » de la Sécurité sociale. Le législateur a donc préféré à une réforme de l'IR la création d'une catégorie d'imposition d'un nouveau type, pré-affectée au financement de la protection sociale.

La Loi du 29 décembre 1990 portant Loi de finances pour 1991, a créé un nouveau type de ressource affectée à la Sécurité sociale dont les traits sont profondément originaux : sous l'intitulé contribution sociale généralisée (CSG), la loi a créé trois impositions sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement d'une part, sur les revenus du patrimoine d'autre part, sur les produits de placement enfin. Dans sa décision n° 90-285 DC du 28 décembre 1990 sur la Loi de finances, le Conseil constitutionnel a jugé que ces contributions avaient la nature d'« imposition de toutes natures » au sens de l'article 34 de la Constitution. La CSG est donc un impôt « cédulaire » (impôt qui frappe séparément les différentes catégories - cédules - de revenus). Comme le souligne le rapport du Conseil des impôts de 1995, ce choix peut paraître surprenant si on le replace dans une perspective historique précisément marquée par la volonté de passer d'une conception fragmentée du revenu à une vision globale. Mais si ce sont, là encore, des raisons d'efficacité qui sont à l'origine de ce choix dans la mesure où chacun des prélèvements porte sur une « cédule » de revenu distincte, son recouvrement peut être confié à un organisme différent spécialisé :

- la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement est recouvrée selon les mêmes règles que celles appliquées pour le recouvrement des cotisations sociales, c'est-à-dire par retenue à la source avec versement aux caisses de Sécurité sociale ;
- la contribution sur les revenus du patrimoine est recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions qu'en matière d'IR, c'est-à-dire par l'administration fiscale, par voie de rôle (sans retenue à la source) ;
- la contribution sur les produits de placement est précomptée par les établissements financiers selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement libératoire de l'IR, avec reversement à l'administration fiscale, laquelle transfère le produit à l'organisme de Sécurité sociale affectataire.

En 1991, le taux de la CSG a été fixé par la loi à 1,1 % des salaires bruts diminués d'un abattement de 5 % pour frais professionnels, afin d'assurer une égalité de principe entre salariés et non salariés dont les revenus soumis à la contribution sont nets de frais, soit à peu près 1,05 % des salaires bruts. La loi a prévu que le produit de cette CSG est versé à la Caisse nationale des allocations familiales. Ainsi, un impôt généralisé, frappant toutes les catégories de revenus, sert à financer des

dépenses sociales « universelles ». Le législateur a ainsi créé un lien logique entre la nature de la prestation et celle de la contribution qui la finance. Contrairement aux cotisations auxquelles elle se substitue, la CSG créée en 1991 est non déductible de l'assiette de l'IR. Il s'agit de l'application du principe habituel de non déductibilité du produit d'un impôt de l'assiette d'un autre impôt. La combinaison du taux proportionnel de la CSG et de la non déductibilité de son produit a pour effet de créer un prélèvement général supplémentaire légèrement progressif. La Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 a créé un « Fonds de solidarité vieillesse » (FSV) qui a vocation à rembourser aux branches d'« assurance vieillesse » des différents régimes de Sécurité sociale leurs dépenses de « solidarité » non contributives. Dans une logique de séparation des fonctions d'assurance et de solidarité, ce Fonds devait être financé par l'impôt afin de réserver le produit des cotisations assises sur le salaire aux prestations d'assurance retraite. C'est pourquoi, le législateur a décidé d'augmenter le taux de la CSG de 1,3 % non déductible de l'assiette de l'IR, afin d'en affecter le produit au FSV. Cette réforme s'apparente en bien des points à celle de 1991 (lien « contribution/prestations non contributives », non déductibilité), mais elle s'en écarte aussi dans la mesure où elle ne s'est pas accompagnée d'une diminution des taux de cotisation.

96

La première Loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS pour 1997, du 27 déc. 1996) a aligné l'assiette de la CSG sur celle de la CRDS, englobant ainsi des revenus jusque-là exonérés, provenant du patrimoine et des placements financiers (épargne-logement, assurance-vie, PEP, PEA, revenus de capitaux mobiliers, plus-values professionnelles, taxés sans abattement...), des revenus d'activité (indemnités de licenciement, de rupture ou de modification du contrat de travail, les contributions patronales finançant la prévoyance et la retraite supplémentaire...) et des revenus de remplacement et de transfert (indemnités journalières maladie, maternité et accidents du travail...). Par ailleurs, tandis qu'un décret a réduit de 1,3 point le taux des cotisations salariales maladie, la LFSS a majoré d'un point le taux de la CSG dont le produit a été affecté aux régimes d'assurance maladie. Cette réforme s'apparentait aux opérations précédentes de substitution de la CSG à des cotisations sociales, mais elle en différait aussi dans la mesure où le produit de ce nouveau point de CSG a été rendu déductible de l'assiette de l'IR, alors que le produit des précédents prélèvements de CSG et CRDS étaient non déductibles.

Autant l'élargissement de l'assiette de la CSG était inspiré des travaux du Conseil des impôts, autant la déductibilité même partielle allait à l'encontre de sa recommandation selon laquelle le nécessaire équilibre entre la CSG et l'IR imposait « de conserver à la CSG son caractère non



déductible de l'IR ». Le Conseil évaluait à 1,14 Md€ (7,5 MdF) la perte de recettes d'impôt sur le revenu entraînée par la déductibilité d'un point de CSG.

Avec la LFSS pour 1998 du 19 décembre 1997, les pouvoirs publics ont poursuivi les réformes de l'année précédente, en élargissant l'assiette des prélèvements sociaux et en transformant la quasi totalité des points de cotisations salariales d'assurance maladie en points de CSG affectés à ces régimes. Les taux de CSG ont été ainsi augmentés de 4,1 points sur les revenus d'activité, de patrimoine et de placement, et de 2,8 points sur les revenus de remplacement, tandis qu'ont été supprimés les taux de cotisations salariales d'assurance maladie inférieurs ou égaux à 4,75 % pour les revenus d'activité et à 2,8 % pour les revenus de remplacement. Les salariés continuent ainsi de payer une cotisation de 0,75 % qui est censée financer les allocations de remplacement (indemnités journalières maladie et maternité) dont eux seuls bénéficient.

Le basculement des cotisations sociales en contributions déductibles a eu des effets structurels contradictoires. L'assiette de la cotisation d'assurance maladie dont le taux a été abaissé n'était pas plafonnée et donc tous les salariés ont bénéficié de la mesure de façon proportionnelle à leur revenu : la réforme n'a donc pas eu d'effet redistributif. Le taux de la CSG rendue déductible (5,1 %) est inférieur au taux de la cotisation d'assurance maladie qui était également déductible (5,85 %) de sorte que la part déductible de l'assiette de l'IR a été réduite à proportion du revenu : la mesure a donc eu un effet légèrement progressif pour les salariés. Concernant les revenus du patrimoine, les mesures ont eu un fort effet dégressif : en effet, si ces revenus qui n'étaient pas soumis à des cotisations d'assurance maladie ont apparemment subi une augmentation uniforme de leur taxation de 5,1 points, en réalité, du fait là encore de la déductibilité du produit de cette taxation de l'assiette soumise à l'IR, le coût de la contribution est compensé par une diminution de l'imposition au taux de la tranche supérieure, à proportion du montant de la CSG payée. Ainsi, alors qu'un contribuable non imposé paie désormais 5,1 points de CSG sur ses revenus de patrimoine déclarés à l'IR sans qu'il puisse les compenser par une baisse supplémentaire d'IR, puisqu'il est déjà non imposé, ou par un « crédit d'impôt » remboursable, en revanche, le jeu de la déductibilité ramène le taux effectif de ces majorations à moins de 3,9 % pour un foyer dont le taux marginal supérieur d'IR est de 24 % et à près de 2,7 % pour les contribuables imposés marginalement à 54 %. Autrement dit, plus le foyer est aisé, plus la CSG effectivement payée sur les revenus du patrimoine au titre de 5,1 % déductibles, réduit le poids de l'IR sur ces revenus. Et ce caractère dégressif de la CSG est encore aggravé du fait de la concentration des revenus du patrimoine au niveau des hauts revenus.

Le rapport La Martinière du 31 mai 1996 remis au Premier ministre Alain Juppé, jugeait la déductibilité de la future CSG « maladie » comme « s'imposant d'emblée, dès lors qu'elle se substitue à des cotisations qui ne sont pas comprises actuellement dans les bases de l'IR ». Après l'alternance parlementaire, le Syndicat CFDT a repris cette position et obtint sa consécration par la nouvelle majorité, alors même que le Syndicat unifié des impôts avait rendu publiques dès juin 1996 des estimations montrant que pour un taux de CSG de 4,5 % sur tous les revenus, la déductibilité laissait inchangé le taux pour un revenu brut annuel de 11 433 € (75 000 F) non imposables, et l'abaissait à 3,36 % pour un revenu de 76 229 € (500 000 F). Le choix en faveur de la déductibilité, c'est-à-dire pour un prélèvement de fait « dégressif », l'a emporté dans la mesure où le choix contraire pour la « non déductibilité » paraissait devoir se traduire nécessairement par une augmentation de l'IR qui se serait ajoutée à celle des prélèvements affectés à l'assurance maladie.

Une autre réforme pourtant était possible : pour ne pas augmenter la pression globale socio-fiscale (CSG+IR) tout en élargissant l'assiette du financement de l'assurance maladie (substitution de la CSG aux cotisations sociales) en évitant les effets dégressifs de la déductibilité, il aurait fallu augmenter plus modérément le taux de la CSG en la laissant non déductible. Les recettes directement affectées aux régimes d'assurance maladie auraient été réduites mais à l'inverse, l'assiette de l'IR aurait été étendue et donc son produit augmenté. L'État aurait alors restitué ce surcroît d'IR à la Sécurité sociale. Il y aurait eu quelque logique à ce que des dépenses de solidarité soient financées par l'IR et le calcul du montant des sommes à reverser n'aurait pas été une opération plus complexe que celles auxquelles l'État est tenu depuis la Loi du 25 juillet 1994 qui lui fait obligation de rembourser à la Sécurité sociale le coût pour celle-ci des allègements de charges sociales qu'il décide dans le cadre de sa politique pour l'emploi. L'obstacle n'était donc pas technique, mais politique : le financement d'une des branches de la Sécurité sociale par l'IR, posait à la fois la question de l'éventualité d'une fusion complète de la CSG et de l'IR, et celle du maintien à l'avenir de l'autonomie de la Sécurité sociale par rapport à l'État.

#### *LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE MALADIE PAR LA LOI DU 13 AOÛT 2004*

La Loi du 13 août 2004 « purge » les déficits de l'assurance maladie en réouvrant la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), « sécurise » les recettes de la Sécurité sociale et de l'assurance maladie en particulier et les « fiscalise » un peu plus, mais encore insuffisamment.



### *Le transfert des déficits de l'assurance maladie sur la Cades*

La Loi du 13 août 2004 organise la reprise par la Cades des déficits de la branche maladie, pour un montant de 35 Md€ en 2004. Cette mesure devrait conduire à rétablir temporairement un solde globalement positif (environ 3,3 Md€ au 31 décembre) du compte de l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acoss). Pour comprendre cette opération, il convient de la comparer, d'une part, aux techniques de gestion de la dette de l'État, d'autre part, aux opérations antérieures de reprise de la dette sociale.

Pour financer ses déficits, l'État a recours à l'emprunt. Puis pour rembourser cet emprunt, l'État recourt ensuite à un autre emprunt. Ce procédé dit « de cavalerie » qui est interdit aux personnes privées et autres personnes publiques (notamment les collectivités locales), consiste donc à ne rembourser jamais que les intérêts de la dette publique (qui sont inscrits dans la Loi de finances) et à ne jamais réduire le montant du capital emprunté (qui n'est pas inscrit en Loi de finances). Ainsi, la dette de l'État est gérée comme si elle devait être perpétuelle, les pouvoirs publics comptant pour éviter « l'effet boule de neige » sur un taux de croissance supérieur au taux d'intérêt auquel l'État emprunte.

En théorie, l'État est justifié à recourir à l'emprunt afin seulement de financer des dépenses d'investissement qui représentent un capital, donc un élément qui vient enrichir le patrimoine national. En pratique, l'État peut s'endetter dans des conditions en rapport avec la confiance que les prêteurs peuvent avoir dans sa capacité de remboursement. L'État est alors libre de choisir l'emploi qu'il souhaite faire de ce crédit et de financer toutes formes de dépenses, y compris les dépenses « courantes », même s'il procède ainsi à une forme de « création monétaire » potentiellement inflationniste. L'État reste libre de se « refinancer » auprès du public et des marchés financiers tant que le coût et le montant de ces emprunts et la croissance des déficits et de la dette publics ne sont pas contraires à ses engagements européens.

Les régimes de Sécurité sociale sont placés sous la tutelle de l'État : ils ne sont donc pas souverains et n'ont pas de légitimité à reporter la charge de leur financement sur les générations futures. De surcroît, les prestations et allocations sociales s'analysent comme des dépenses de « fonctionnement » : leur versement se traduit donc par un appauvrissement définitif de la Sécurité sociale, c'est-à-dire non compensé par une augmentation de son capital.

C'est pour ces deux raisons au moins que l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 a créé sept prélèvements fiscaux qualifiés de « contributions pour le remboursement de la dette sociale » (CRDS) au taux de 0,5 % dont le produit a été affecté à la Cades afin de rembourser les

prêts consentis par l'État au régime général (Acos) en 1995 et les déficits prévus pour 1996. Économiquement et socialement, il était logique de financer une dette collective par un impôt dont l'assiette est la plus large possible plutôt que de recourir au cycle infini de l'emprunt. Le financement des déficits accumulés par un impôt spécialement affecté est un élément responsabilisant : il incite les générations présentes à réduire les causes des déficits.

Le montant du déficit de la Sécurité sociale pour 1996 avait été sous-évalué. Dans ces conditions, la LFSS pour 1998 a « réouvert » une première fois la Cades en lui transférant une nouvelle dette, correspondant au déficit de 1997 et au déficit prévisionnel de l'exercice 1998. Afin de financer cette nouvelle charge, il a été décidé que la perception de la CRDS durerait 5 années supplémentaires par rapport à la durée initiale prévue lors de la création de la Cades (de 2008 à 2014).

Avec la Loi du 13 août 2004 réformant l'assurance maladie, le gouvernement a donc obtenu du législateur qu'il « réouvre » une deuxième fois la Cades pour lui faire porter la charge de la nouvelle dette de la Sécurité sociale qui s'est formée ces deux dernières années et celle qui doit se former l'année prochaine. Ainsi, non seulement l'assiette de la CRDS sera alignée sur celle de la CSG (97 % du salaire et non plus 95 %, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, cf. *infra*) mais la durée de la perception de la CRDS sera prolongée, au-delà de 2014, pour financer les déficits cumulés par la branche maladie depuis 1998, le déficit prévisionnel pour 2004 et les déficits prévisionnels pour 2005 et 2006. Au total, le plafond des déficits cumulés au 31 décembre 2003 et des déficits prévisionnels est évalué à 50 Md€ (dont 15 Md€ pour 2005 et 2006).

Cette opération est critiquable d'un point de vue économique et social dans la mesure où elle réalise un nouveau transfert de charges sur les générations futures. Mais elle conduit aussi à s'interroger sur la nécessité de faire perdurer la Cades : pourquoi ne pas intégrer la dette sociale à la dette de l'État ?

Cette question s'impose d'autant plus que, comme on a l'a dit, le législateur a procédé en 2003 et 2004 à un détournement d'emploi de la CRDS en lui faisant financer une dette de l'État à l'égard de la Sécurité sociale. Il s'agissait donc d'une forme d'inversion des finalités de la Cades que la Loi du 13 août 2004 ne corrige pas, alors qu'elle est censée « sécuriser » les recettes de la Sécurité sociale.

*Une « sécurisation » très relative des recettes de la Sécurité sociale et de l'assurance maladie en particulier*

Après avoir affecté directement des recettes fiscales aux branches de la Sécurité sociale qui gèrent des prestations de solidarité nationale, les



pouvoirs publics ont fait le choix d'alléger les charges patronales sur les bas salaires afin de favoriser l'embauche de personnes peu qualifiées et donc faiblement rémunérées. Cette politique a été conduite par toutes les majorités successives. Or, les allègements de charges patronales qui s'élèvent aujourd'hui à 19 Md€ par an, soit l'équivalent de la contribution de la France au budget communautaire, devaient logiquement se traduire, au moins dans un premier temps, par une réduction des recettes de la Sécurité sociale. Dans la mesure où les dépenses sociales ne faiblissaient pas, mais au contraire s'accroissaient, la question s'est donc trouvée posée du mode de financement du manque à gagner.

L'article 5 de la Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 dite Loi Veil, devenu l'article L. 131-7 du Code de la Sécurité sociale, a posé le principe selon lequel « Toute mesure d'exonération totale ou partielle de cotisations de Sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur (de cette loi) donne lieu à compensation par le budget de l'État pendant toute la durée de son application ». Cet article a été salué par les partenaires sociaux unanimes, pour deux raisons :

- d'une part, il pose le principe selon lequel les ressources de la Sécurité sociale ne doivent plus être affectées par les politiques de l'emploi décidées par l'État et, ainsi, l'autonomie financière de la Sécurité sociale par rapport à l'État est un peu mieux garantie ;
- d'autre part, la loi garantit la « budgétisation » de cette forme d'aide à l'emploi dans la mesure où la compensation des exonérations doit être prise en charge directement par le « budget de l'État ».

Faute d'avoir été inscrit dans une loi organique, le principe que la Loi Veil avait posé, une autre loi ordinaire pouvait le remettre en cause. Le gouvernement qui était à l'origine de la seconde Loi sur les 35 heures, considérait que « le dispositif permanent d'aide à la réduction du temps de travail ne (devait) pas représenter un surcoût net pour les finances publiques ». Dans ces conditions, le budget ne devait pas prendre en charge des allègements de charges patronales alors surtout que la Sécurité sociale devait bénéficier de recettes supplémentaires de cotisations salariales du fait des nouvelles embauches que devait provoquer le passage aux 35 heures. Le régime d'assurance chômage était censé bénéficier lui aussi de la réduction corrélative du nombre de ses allocataires. Un premier plan de financement mettant directement à contribution l'assurance chômage et les régimes obligatoires de Sécurité sociale fut donc présenté à l'automne 1999. Devant l'hostilité exprimée par les partenaires sociaux, le gouvernement renonça finalement à une contribution directe du régime d'assurance chômage.

La LFSS pour 2000 a apporté alors une dérogation importante au principe posé par la Loi du 25 juillet 1994, en décidant que les

exonérations de charges sociales patronales d'incitation à la réduction du temps de travail, ne seraient plus financées par le budget de l'État, mais désormais par un établissement public administratif *ad hoc* auquel seront affectées des recettes fiscales. Il s'agit là d'un cas exemplaire de « débudgétisation » que le Conseil constitutionnel n'a pas cependant censuré.

L'article 5 de la Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 portant LFSS pour 2000 prévoyait ainsi la création d'un « Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales » dit Forec qui devait prendre la forme d'un établissement public national à caractère administratif, alimenté par des taxes fiscales en tout genre. La loi prévoyait aussi qu'à titre transitoire et jusqu'à la date de création du fonds, l'Acoss tiendrait les comptes de ces opérations de compensations de l'ensemble des allègements de charges patronales. Le Forec n'a pu être maintenu en équilibre.

La LFSS pour 2002 a affecté au Forec 100 % des droits sur les alcools, 100 % du produit de la taxe sur l'assurance des véhicules à moteur, et de 90,77 % du produit sur les tabacs.

Comme on l'a dit *supra*, la création de ces divers droits ou taxes avait été justifiée, à l'origine, par la contribution nécessaire des Français au coût, pour l'assurance maladie, de l'alcoolisme, du tabagisme et des accidents de la circulation. Le fait de les affecter à un fonds dont la vocation est totalement différente remet en cause, du même coup, leur légitimité (cf. *supra*).

Ainsi, des recettes de l'assurance maladie étaient réaffectées au profit d'un fonds qui devait rembourser à la Sécurité sociale les exonérations de charges patronales décidées par l'État.

Le gouvernement de Lionel Jospin considérait que cette réaffectation de ressources ne se traduisait pas par une perte pour la Sécurité sociale dans la mesure où celle-ci bénéficiait, du fait de la Loi sur les 35 heures, de la création de nouveaux emplois et donc de l'apport du produit de cotisations salariales. Les partenaires sociaux, en particulier le Medef, et l'opposition parlementaire de l'époque n'avaient pas admis ce raisonnement. Aussi, le gouvernement de M. Raffarin avait-il annoncé qu'il mettrait à la charge de l'État, dans l'esprit de la Loi Veil de 1994, le coût de l'équilibre du Forec en évitant de faire supporter à la Sécurité sociale le coût des allègements de charge.

En fait, l'article 14 de la LFSS pour 2003, a prévu que la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades) devrait verser à l'Acoss la somme de plus de 1,096 Md€ correspondant à la moitié de la créance enregistrée que les organismes de Sécurité sociale avaient enregistrée en 2000 sur l'État au titre des exonérations de charges sociales entrant dans le champ du Forec. L'article 2 de la LFSS pour 2004 a prévu



l'apurement complet de cette dette de l'État à l'égard de la Sécurité sociale en ordonnant le versement de la moitié restante (un peu plus de 1,097 Md€). Ainsi, l'État a « débudgétisé » une partie de sa dette à l'égard de la Sécurité sociale en la mettant à la charge à la Cades alors que cette dernière avait été créée pour éteindre une dette de la Sécurité sociale (cf. *infra*).

Par ailleurs, la LFSS et la Loi de finances initiales (LFI) pour 2004 ont organisé la suppression du Forec en inscrivant au budget du ministère chargé de l'Emploi la compensation intégrale des dispositifs d'allègements généraux de cotisations patronales de Sécurité sociale, mais, et c'est là l'opération critiquable, en réaffectant aussi au budget de l'État, et non au profit des régimes de Sécurité sociale, les recettes anciennement perçues par le Forec. Ainsi, formellement, le Forec a bien été supprimé mais la charge des remboursements d'allègements de cotisations patronales restait financée par les mêmes recettes qu'auparavant, celles qui précisément avaient été retirées de la Sécurité sociale pour les donner au Fonds...

C'est un parlementaire de la majorité, rapporteur à l'Assemblée nationale du projet de LFSS qui l'écrit ainsi froidement :

« Pour financer ces exonérations de cotisations, le Forec a disposé des produits suivants, les plus divers qui soient :

- une fraction des droits de consommation sur les tabacs manufacturés ;
- une fraction des droits de consommation sur les alcools, ainsi que la totalité des autres droits indirects portant sur les boissons ;
- la taxe générale sur les activités polluantes ;
- la contribution sociale sur les bénéfices des sociétés ;
- une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances ;
- la taxe sur les véhicules des sociétés ;
- la taxe sur les contributions des employeurs au bénéfice des salariés pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance ;
- le prélèvement sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur.

Compte tenu de la suppression du Forec, l'intégralité du produit de ces taxes est réaffectée au budget de l'État par l'article 24 du projet de Loi de finances pour 2004. Des recettes « traditionnelles » de la Sécurité sociale, notamment les droits sur les alcools (affectés au FSV depuis 1993), la contribution sur les primes d'assurance automobile (affectée à la CNAM depuis sa création en 1967) et la contribution sur la prévoyance (affectée au FSV depuis sa création en 1996), sont ainsi « récupérées » au profit du budget de l'État, sans conserver un lien entre la taxation et l'affectation du produit de la taxe, ce qui est regrettable, mais indispensable dans le contexte budgétaire actuel. Il faut également rappeler que le fonds bénéficie toujours de réserves disponibles au titre

des excédents des gestions 2001 et 2002, pour 307 M€ compte tenu du déficit prévisionnel 2003. Ce solde sera aussi récupéré par l'État dans le cadre de la rebudgétisation du fonds, sur le poste des recettes non fiscales 2004 »<sup>5</sup>.

Pour être plus précis encore, on peut observer que si l'ensemble des recettes du Forec est versé au profit du budget général, y compris les droits de consommation sur les tabacs que le fonds recevait, la Loi de finances pour 2004 affecte l'ensemble du produit de l'augmentation de la fiscalité sur le tabac à la CNAMTS et fige le montant de ces droits affectés à l'État au niveau du montant dont bénéficiait le Forec (en 2003, 7,3 Md€).

Cette réaffectation constitue, en réalité, une opération de « dégagement » du BAPSA (Budget annexe des prestations sociales agricoles), ce dernier bénéficiant d'un peu plus de la moitié des droits - 50,16 % + 0,31 % du Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FIPSA) - en contrepartie d'une rétrocession à l'État des recettes de TVA (4,6 Md€), du préciput sur les droits sur les alcools (19 M€) et de la disparition de sa subvention budgétaire d'équilibre (150 M€ en 2003).

L'État a procédé ainsi à un échange de fiscalité sur le tabac contre des recettes de TVA. Il ne semble pas que la Sécurité sociale sorte gagnante de cet échange dans la mesure où les recettes de fiscalité sur le tabac ne croissent qu'en raison d'une augmentation massive de la pression fiscale (+ 20 % en 2003) qui, de fait, ne pourra se poursuivre indéfiniment, et sur une maîtrise de la contrebande aujourd'hui difficile à évaluer. À cet égard, les recettes de la TVA constituent sans doute une meilleure base de financement. L'échange entre une taxe, dont le produit a vocation à disparaître du fait de la baisse de la consommation résultant elle-même de la baisse de la fiscalité, contre une taxe croissante par nature (la TVA) ne paraît pas constituer un marché équitable à l'avenir pour la Sécurité sociale.

La « rebudgétisation » des opérations n'était donc qu'une opération comptable : elle satisfera peut-être la Cour des comptes, ce n'est pas sûr, mais d'un point de vue financier, l'État continuera à financer sa dette à l'égard de la Sécurité sociale en utilisant des recettes qui avaient été conçues pour financer l'assurance maladie.

La Loi du 13 août 2004 n'a corrigé que partiellement cette situation : - en élargissant la portée du principe de la compensation intégrale par le budget de l'État des dispositifs d'exonération de charges sociales : cette compensation s'appliquera désormais aux réductions de cotisations et contributions de Sécurité sociale, aux exonérations desdites contributions et aux réductions ou abattements de l'assiette des cotisations et contributions ;



- en posant le principe général de compensation, intégrale et réciproque, de tout transfert de charges entre l'État et la Sécurité sociale ;
- en prévoyant que la Loi de finances pour 2005, procédera, à hauteur d'un milliard d'euros, à l'affectation à la CNAMTS d'une fraction supplémentaire du droit de consommation sur les tabacs.

Il n'en reste pas moins que la Loi du 13 août 2004 n'est qu'une loi ordinaire et non pas « organique » de sorte qu'une autre loi ordinaire pourrait à nouveau remettre en cause le principe de la compensation par le budget de l'État de ces allègements de charge, comme le législateur l'avait fait en créant le Forec. La « sécurisation » des recettes de la Sécurité sociale et de l'assurance maladie demeure donc très relative.

*Une fiscalisation accrue de l'assurance maladie,  
mais toujours insuffisante*

Comme on l'a dit, le législateur a supprimé en 1997 et 1998 la quasi totalité des cotisations sociales salariales affectées à l'assurance maladie et les a remplacées par des points de recettes de CSG. Ainsi l'assiette de l'assurance maladie a été nettement élargie, ce qui était justifié dans la mesure où 90 % environ des dépenses de cette branche n'ont aucun caractère salarial : ce sont des remboursements de soins. Les indemnités journalières qui ne bénéficient qu'aux salariés restent financées, logiquement, par une cotisation *salariale* de 0,75 %.

La Loi du 13 août 2004 a fait le choix d'élargir encore les recettes de CSG de la branche maladie en élargissant son assiette et en augmentant ses taux. Cette réforme devrait rapporter 2,3 Md€ supplémentaires.

1. La réforme de l'assiette : depuis la création en 1991 de la CSG, les rémunérations et les allocations chômage assujetties à la CSG étaient retenues pour leur montant brut après déduction forfaitaire spécifique de 5 % pour frais professionnels (ou liés à la recherche d'emploi). Cet abattement de 5 % pratiqué sur l'assiette de la CSG visait à prendre en compte le fait que les non salariés sont imposés sur une assiette nette de frais professionnels. Cette déduction sera ramenée à 3 % sur les revenus perçus à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, élargissant ainsi leur assiette respective. Le Gouvernement a justifié cette mesure en considérant que la réforme des frais professionnels effective depuis 2003 a élargi les possibilités offertes aux salariés de déduire des frais professionnels de l'assiette des cotisations sociales.

2. La réforme des taux : l'assiette salariale de la CSG étant élargie, le taux de la CSG applicable aux salariés et aux chômeurs demeurera inchangé : 7,5 % sur les salaires ; 6,2 % sur les allocations de chômage et les indemnités journalières versées à l'occasion de la maladie, de la maternité, de la paternité, des accidents du travail et maladies profes-

sionnelles. En revanche, le taux de la CSG sera porté de 6,2 % à 6,6 % sur les pensions de retraite, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite. Les taux réduits de CSG ne sont pas modifiés. Le taux de la CSG sur les revenus de patrimoine et de placement est porté de 7,5 % à 8,2 % et le taux de la CSG sur les produits de jeu est porté de 7,5 % à 9,5 %

La Loi du 13 août 2004 augmente également la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S). Cette réforme devrait rapporter 0,9 Md€. La C3S est une taxation sur le chiffre d'affaires qui existe depuis 1970. Le législateur a fait le choix d'ajouter à la C3S, au taux de 0,13 % due par les entreprises dont le chiffre d'affaires est supérieur ou égal à 760000 € annuel, une contribution additionnelle de 0,03 %. Elle s'appliquera au chiffre d'affaires déclaré au titre de la C3S due à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

Cette fiscalisation de l'assurance maladie demeure insuffisante. Il reste en effet 12,8 points de cotisations patronales affectés au financement de la branche maladie. Dans la mesure où un point de cotisation représente environ 4 Md€, les cotisations patronales affectées à des dépenses de solidarité représentent plus de 51 Md€. Or, il n'est évidemment pas logique de financer des dépenses d'assurance maladie par des prélèvements sur les seuls salaires alors qu'ils servent à financer des dépenses de santé qui sont sans rapport avec cette assiette.

De nombreux rapports ont été publiés à ce sujet. Comme nous allons le montrer maintenant, tous concluent à la nécessité d'élargir l'assiette de l'assurance maladie. Il est donc regrettable que le législateur ait une fois encore différé une telle réforme qui aurait allégé le coût du travail en élargissant l'assiette de l'assurance maladie.

*LA RÉFORME DU FINANCEMENT DE L'ASSURANCE  
MALADIE DOIT ÊTRE POURSUIVIE EN ACCENTUANT  
SA FISCALISATION*

Après avoir montré que la fiscalisation de l'assurance maladie est une évolution très positive qui ne justifie pas les critiques que la plupart des partenaires sociaux lui adressent, nous montrerons que d'autres réformes du financement de l'assurance maladie sont encore nécessaires.

*La fiscalisation de l'assurance maladie ne mérite aucune  
des critiques qu'une partie des partenaires sociaux lui adresse*

Nous reprenons et actualisons des analyses publiées dans un de nos ouvrages<sup>6</sup> dans lequel nous examinons chacun des cinq griefs adressés au processus de financement par l'impôt des dépenses dites de solidarité nationale.



*Le grief de « l'étatisation »*

Les partenaires sociaux qui siègent au sein des conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale dénoncent la substitution de recettes de nature fiscale aux cotisations sociales, au motif qu'elle menacerait l'existence de la « démocratie sociale », en application de la série d'équivalences évoquée ci-dessus, où « fiscalisation = budgétisation = étatisation ». En effet, l'existence de ces caisses et la présence en leur sein des représentants des cotisants ne paraissent justifiées que dans la mesure où il s'agit de gérer une créance salariale « privée », selon une autre équation apparemment simple : « cotisation = sur-salaire ou salaire différé = co-gestion par les parties au contrat de travail ». La fiscalisation appellerait nécessairement l'expulsion des représentants sociaux au profit des représentants de l'État. Cette série d'équations est-elle pertinente ? Il est permis d'en douter.

Le partage des cotisations sociales entre une « part patronale » et une « part salariale », avait, dès l'origine, fait naître une première et forte interrogation sur le lien qui est censé exister entre la nature de ces cotisations et leur mode de gestion. En effet, comme l'écrivait le professeur Jean-Jacques Dupeyrou « si l'on considère que les cotisations dites patronales font partie intégrante de la rémunération, on voit mal quelle justification donner à une intervention patronale dans la gestion de ces fonds, et si, au contraire, on s'écarte de cette analyse classique pour détacher les cotisations de la notion de salaire et les rapprocher d'une contribution de solidarité assimilable à l'impôt, c'est à une gestion étatique ou para-étatique que l'on est plutôt conduit ». Autrement dit, il n'y aurait, en fait, d'autre alternative qu'entre une « autogestion salariale » et une pure et simple « étatisation ». Cette présentation ne pouvait satisfaire ni bien sûr les employeurs, ni les syndicats de salariés attachés au « dialogue social » (la CGT-FO il fut un temps, la direction de la CFDT aujourd'hui) parce que pour négocier il faut être deux. La question du partage des responsabilités au sein des caisses de Sécurité sociale a donc été traitée de façon empirique mais sans être tranchée au fond.

La généralisation de la Sécurité sociale et l'universalisation progressive des prestations sociales ont conduit, comme on l'a dit, à remettre en cause la distinction entre les droits de « l'assuré social-cotisant » et ceux du « citoyen-résident », les deux catégories se recouvrant progressivement. Dans ces conditions, comment justifier, là encore, le maintien d'une forme de représentation réduite à une base professionnelle ? La contradiction a été apparemment résolue par les syndicats à partir des années 1970, c'est-à-dire à la suite des ordonnances de 1967 réformant l'organisation du régime général, en recourant à « une rhétorique institutionnelle fondée sur une chaîne logique du type : la Sécurité

sociale doit être gérée par les « représentants des assurés » ; ceci n'est possible que si les ressources des régimes sont exclusivement composées de prélèvements sur les salaires ; or, il est impossible de financer de la sorte des dépenses non contributives ; donc, la Sécurité sociale n'a pas à frayer avec la solidarité, qui doit être prise en charge, hors champ, par l'État. (Il faut donc) expulser les dépenses de solidarité hors du périmètre de la Sécurité sociale, entendu comme le territoire politique des partenaires sociaux, (et non pas recourir) à une fiscalisation de la protection sociale qui entraînerait leur marginalisation »<sup>7</sup>. C'est ainsi que les responsables syndicaux n'ont eu de cesse de dénoncer le poids des « charges indues » de solidarité supportées par les régimes de Sécurité sociale et principalement le régime général des « salariés du commerce et de l'industrie », et souhaitaient un retour au respect du strict principe des *assurances* sociales.

Cette argumentation a montré ses limites lorsqu'elle a été confrontée au double processus de généralisation de la protection sociale (Loi de 1978) et de réduction de l'assiette salariale due au développement du chômage (à partir de 1974 et, surtout, 1980). En effet, comment prétendre à la fois étendre la couverture sociale et maintenir les chômeurs au sein de « la société salariale » si, dans le même temps, l'État est appelé à prendre en charge directement sur son budget les prestations non contributives, considérées comme « indues » par les régimes « d'assurance » maladie, vieillesse, chômage, et à se substituer à ceux-ci dans l'aide aux plus démunis ? Comment dénoncer le retour aux régimes « d'assistance publique » si les régimes d'assurance préfèrent « expulser » ceux qui ne peuvent « contribuer », plutôt que d'accepter un changement d'assiette de leur financement au motif qu'à terme, celui-ci menacerait la démocratie... « sociale » ?

La responsabilité de déterminer l'équilibre financier des régimes de Sécurité sociale n'a jamais véritablement appartenu aux partenaires sociaux. Les ordonnances de 1945 qui ont créé les principaux régimes sociaux, n'avaient confié aux conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale que la seule responsabilité de déterminer le budget de la gestion administrative des caisses. Autrement dit, la responsabilité de fixer l'équilibre financier des différents risques (maladie, vieillesse, famille) n'a jamais appartenu qu'à l'État. Avant 1958, ce pouvoir revenait au seul pouvoir législatif, le pouvoir réglementaire n'ayant d'autre fonction que de compléter les dispositions de la loi. Avec la Constitution du 4 octobre 1958, le champ de compétence du Parlement a été considérablement réduit : en application des articles 34 et 37 de la Constitution, le législateur n'est plus compétent que pour « déterminer les principes fondamentaux de la Sécurité sociale », le gouvernement devenant le véritable responsable de l'équilibre financier des risques sociaux.



On sait que les ordonnances du 21 août 1967 conçues par le ministre des Affaires sociales de l'époque, J-M. Jeanneney, et ratifiées par la loi du 31 juillet 1968, ont remplacé la Caisse nationale de Sécurité sociale créée en 1945 par trois caisses nationales distinctes, pour gérer de façon distincte les trois risques maladie, vieillesse, famille. Depuis ces réformes, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) et la Caisse nationale d'allocation familiale (CNAF) n'avaient plus que le pouvoir de donner un avis sur les projets gouvernementaux de réforme du mode de financement de ces deux branches, alors que la CNAMTS disposait apparemment du pouvoir de décider des augmentations des taux de cotisations ou de diminution des taux des prestations (l'augmentation des prestations et la diminution des charges sociales sont donc exclues...). En réalité, ce pouvoir théorique de la CNAMTS s'exerçait encore sous réserve du droit d'opposition du ministre des Affaires sociales. On ne s'étonnera donc pas que le Conseil d'administration de la Caisse nationale n'ait jamais cherché à exercer ses prérogatives, laissant au gouvernement l'initiative et la charge de prendre directement les mesures impopulaires de rétablissement de l'équilibre financier de la branche. En fait, après avoir perdu en 1962 le pouvoir de direction des personnels, confié depuis lors au directeur de ces établissements, et non plus à leur conseil d'administration, les partenaires sociaux ont perdu en 1968 le pouvoir de décider librement des budgets *administratifs* des caisses de Sécurité sociale. « L'étatisation » des régimes de Sécurité sociale ne date donc pas des réformes des années 1990...

L'argumentation dirigée contre la fiscalisation au motif qu'elle fait naître un risque d'étatisation des régimes sociaux paraît aujourd'hui d'autant plus mal fondée que la substitution de la CSG aux cotisations sociales s'est traduite, au contraire, en droit et en fait, par un élargissement considérable du champ de compétence des régimes sociaux, sans que l'autonomie de ces régimes n'en soit affectée. Ainsi, alors que le recouvrement et le bénéfice de l'impôt ont toujours paru des privilèges « régaliens » qui ne pouvaient appartenir qu'à l'État, le juge constitutionnel a admis, au contraire, que le législateur pouvait confier ces mêmes prérogatives de puissance publique à des caisses de Sécurité sociale, aux conseils d'administration desquelles siègent les représentants des partenaires sociaux, et sans que l'autonomie de ces organismes ne soit remise en cause, dans la mesure où l'État exerce sur eux son contrôle ou sa tutelle. On doit donc considérer que l'élargissement des compétences des caisses de Sécurité sociale au recouvrement et à la gestion de l'impôt ne représente donc ni un processus d'étatisation des régimes sociaux, ni un risque de démembrement de l'État.

Les caisses de Sécurité sociale disposent de circuits financiers propres, qui ne se confondent pas avec ceux du Trésor public. L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale (Acos) qui gère la trésorerie du régime général, soit près de la moitié des flux financiers de l'ensemble des régimes sociaux, a été autorisée par le pouvoir réglementaire à ouvrir à la Caisse des dépôts et consignations, et non au Trésor public, son « compte unique de disponibilités courantes » (CUDC) par l'intermédiaire duquel s'effectuent l'encaissement des cotisations et contributions sociales et la mise à disposition des fonds aux caisses prestataires.

L'existence d'un « réseau CDC » propre au régime général de Sécurité sociale, en substitution au réseau « Trésor public », est conforme aux objectifs des premières lois sur les assurances sociales et aux missions de la Caisse des dépôts. En effet, dès la création des premiers organismes de Sécurité sociale par les lois d'assurance sociale du siècle dernier, la CDC a été désignée comme le dépositaire des fonds sociaux. Cela s'explique par la mission particulière qui avait justifié la création de la Caisse des dépôts en 1816 : la CDC a été créée, en effet, afin d'accorder une protection publique particulière à certains fonds privés tout en garantissant l'indépendance de la Caisse des dépôts à l'égard de l'Exécutif. La sécurité des cotisations sociales considérées à l'origine comme des fonds privés en attente d'affectation sous forme de prestations, devait être garantie par un organisme public soumis au contrôle du Parlement, mais sans que les fonds déposés fussent confondus avec ceux de l'État. C'est la raison pour laquelle la CDC, et non le Trésor public, est depuis l'origine le dépositaire des fonds des principales caisses de Sécurité sociale, les autres - pour la plupart - ayant reçu liberté de choix de leur banquier, à partir de la fin des années 1980.

La fiscalisation de la Sécurité sociale n'a pas significé la remise en cause de l'autonomie de ses circuits financiers, bien au contraire, puisque, comme on l'a dit, le produit de la CSG recouvré par les organismes de Sécurité sociale leur est directement affecté, tandis que le produit de la CSG recouvré par les services de l'État est directement reversé à l'Acos.

Loin d'être un attentat contre la démocratie, la « fiscalisation » représente, au contraire, un progrès manifeste dans le contrôle parlementaire de la gestion des finances sociales, dans la mesure où elle signifie un transfert de compétence du pouvoir exécutif au profit du législatif. En effet, conformément à l'interprétation par le juge constitutionnel des articles 34 et 37 de la Constitution, qui répartissent les compétences entre le pouvoir législatif, c'est-à-dire le Parlement, et le pouvoir réglementaire détenu par l'exécutif (Premier ministre ou président de la République), il appartient à ce dernier de fixer le taux des cotisations sociales ou des exonérations, de même que le taux de la part qui revient, en cas de partage, respectivement à l'employeur et au salarié.



Au contraire, pour les prélèvements de nature fiscale, qu'ils soient affectés au budget de l'État ou au contraire à l'une des branches des régimes de Sécurité sociale, le Parlement est pleinement compétent pour voter leur taux, leur assiette et les modalités de leur recouvrement.

On constate donc, que si les partenaires sociaux qui siègent dans les conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale ne disposent dans aucun des deux cas d'un pouvoir de décision sur l'évolution des recettes sociales, cotisations ou impôt, en revanche, la fiscalisation du financement des régimes sociaux se traduit par un transfert important de pouvoir de l'exécutif au profit du législatif. Le Parlement peut ainsi véritablement débattre et décider par un vote, de l'avenir des recettes fiscales de la protection sociale, alors que la décision lui échappe en grande partie en matière de cotisations sociales, comme elle échappe aux partenaires sociaux. Concrètement, n'est-il pas ainsi préférable pour la vie démocratique qu'il appartienne au Parlement, au terme d'un débat contradictoire, de décider de l'évolution des taux de CSG plutôt que de laisser le gouvernement libre d'augmenter ceux des cotisations sociales, de préférence pendant les périodes de vacances parlementaires ?

Serait-il préférable, *a contrario*, de restituer aux partenaires sociaux, dont la légitimité apparaît si fragile, la liberté de décider de l'évolution des taux de cotisations pour financer des prestations « de solidarité » qui sont attribuées à des personnes qui ne peuvent pas précisément participer à leur financement ? N'y-a-t-il pas là le risque que les représentants des cotisants cèdent à la pression de leurs mandants et réduisent progressivement les cotisations sociales qui ne seraient plus pour eux une forme de salaire différé ?

On en revient alors à la question première qui a justifié la fiscalisation : pourquoi faire porter aux seuls actifs « occupés », qui pourraient ne plus l'accepter, la charge de la solidarité à l'égard des inactifs et des actifs inoccupés (chômeurs), plutôt que de partager l'effort entre les revenus du travail, de remplacement et du capital ? C'est sur cette question qu'apparaît le plus la fragilité de la position des syndicats de salariés opposés à la CSG. En effet, comment à la fois revendiquer la taxation du (grand) capital et la refuser lorsqu'elle se présente sous forme d'une « contribution généralisée », alors surtout que cet impôt se substitue à des cotisations sociales dont tout démontre qu'elles n'ont, au mieux, aucun caractère redistributif et peuvent même, du fait de leur déductibilité de l'assiette de l'IR, avoir un effet régressif ? On peut se souvenir que le syndicat CGT-Force Ouvrière avait considéré lors de son congrès de 1950 que « le système périmé de la cotisation basée exclusivement sur le salaire doit être remplacé par un mode de financement subordonné à la réforme de la fiscalité, permettant une réelle redistribution du revenu national »...

*Le soupçon de « débudgétisation »*

La liberté reconnue au législateur d'affecter des recettes fiscales à des personnes morales publiques ou privées gérant un service public et distinctes de l'État, pourrait faire naître le risque d'une « débudgétisation » c'est-à-dire un transfert de charges du budget de l'État aux dépens des structures censées financer les dépenses sociales de solidarité. Il serait alors porté atteinte à la sincérité des comptes du budget de l'État dont une partie des dépenses serait ainsi dissimulée. La Loi de finances pour 1995 avait ainsi prévu de mettre à la charge du Fonds de solidarité vieillesse des dépenses correspondant aux majorations de pensions accordées au titre du régime d'assurance vieillesse des fonctionnaires et agents de l'État, d'une part, et à celui des exploitants agricoles, d'autre part. Le Conseil constitutionnel ne l'a pas accepté.

Dans sa décision 351 DC du 29 décembre 1994, le Conseil constitutionnel a jugé que les règles d'unité et d'universalité budgétaires qui résultent des dispositions de l'article 34 de la Constitution et des articles 1er, 6, 16 et 18 de l'ordonnance organique du 2 janvier 1959<sup>8</sup>, dont le respect s'impose au législateur, « font obstacle à ce que des dépenses qui, s'agissant des agents de l'État, présentent pour lui par nature un caractère permanent ne soient pas prises en charge par le budget ou soient financées par des ressources que celui-ci ne détermine pas ». Or, l'article 6 de l'ordonnance du 2 janvier 1959 précitée mentionne parmi les dépenses permanentes de l'État à caractère ordinaire les « dépenses de personnel et de matériel applicables au fonctionnement des services » et le Conseil a donc jugé que le financement des majorations de pensions qui constituent des prestations sociales légales dues par l'État à ses agents retraités, doit être pris en charge nécessairement par l'État. Il ressort donc de cette jurisprudence qu'il existe des charges sociales de l'État « permanentes par nature », qui ne peuvent pas être transférées à un établissement public. L'affectation de recettes fiscales au financement de charges sociales de solidarité ne peut donc se traduire par une dissimulation des charges sociales propres à l'État.

Pourrait-elle se traduire, en revanche, par une privatisation de la protection sociale comme le soutiennent certaines organisations syndicales de salariés (et notamment la CGT-FO) ?

*Le procès de la « privatisation »*

La fiscalisation de la partie « non salariale » de la protection sociale peut faire craindre la privatisation de l'autre partie, l'assurance de salaire. « L'étatisation de la Sécurité sociale », serait ainsi « l'antichambre de la privatisation » selon la formule de l'ancien dirigeant de la CGT-FO. En effet, à supposer que la distinction entre assurance et solidarité « puisse être maximale, la part de la protection sociale financée par des



cotisations obéirait alors à une pure logique assurantielle. Les cotisations deviendraient de simples primes, à l'instar d'autres primes d'assurance. Que deviendrait la justification d'un service public de la protection sociale ? Le retour à un système d'assurance classique étant fait, rien n'empêcherait de confier la gestion de cette assurance à un assureur privé, quitte à maintenir cette assurance obligatoire, comme pour l'automobile »<sup>9</sup>.

Les représentants des assureurs font parfois valoir que l'intervention de leurs compagnies dans le champ de la protection sociale ne peut être présentée comme un risque de régression sociale puisqu'au contraire, la solidarité a été inventée par l'assurance<sup>10</sup> : ainsi, « il convient de distinguer entre les institutions de l'État providence et l'État providence lui-même »<sup>11</sup> parce qu'« il ne faut pas confondre développement d'une société assurantielle et croissance de l'État. Les deux n'obéissent pas aux mêmes chronologies : le processus d'étatisation est beaucoup plus ancien ; il s'est servi, a même encouragé « l'assurantialisation » de la société. Il n'empêche qu'il faut rigoureusement distinguer assurantialisation et étatisation »<sup>12</sup>. En effet « la solidarité avant de devenir le mot d'ordre dont l'État social s'est servi pour légitimer toute une série d'obligations d'assurance, fut une valeur inventée par l'assurance privée, parce qu'expression des techniques qu'elle mettait en œuvre. La solidarité n'appartient donc pas à l'État. Précisément, le point aujourd'hui n'est pas de quitter la sphère de la solidarité, dont on peut constater au contraire l'irrépressible extension, mais d'imaginer sa mise en œuvre par des techniques et en fonction de dispositifs qui ne seraient plus nécessairement ceux qui ont fait le XX<sup>ème</sup> social et l'État providence » (François Ewald). Ainsi, toute forme d'assurance est une forme de solidarité et il n'existe scientifiquement « aucun repère indiscutable qui permette de fixer des frontières entre assurance et redistribution. (...) Quel que soit le risque couvert par la protection sociale (vieillesse, santé, chômage, pauvreté), la technique assurantielle est nécessairement redistributive (la réciproque n'étant, en revanche, pas vraie) de manière *intra* (la fonction de report) ou « interpersonnelle »<sup>13</sup>.

L'argumentation paraît parfaitement fondée, mais elle ne répond pas à la question sur les limites de l'intervention des assurances : si toute assurance crée nécessairement une forme de solidarité financière entre assurés (c'est même un truisme...), toute forme de solidarité ne peut pas être « assurantielle » parce qu'il existe des personnes insolubles qui doivent être protégées.

Si l'on prend le cas du seul risque dit de santé, l'intervention d'une véritable « assurance maladie » qui prendrait en charge le remboursement des dépenses de soins dans un contexte concurrentiel, devrait se traduire par une tarification en fonction du coût des risques prévi-

sionnels représentés par chacun des assurés sociaux, de sorte que la prime d'assurance ne devrait pas varier en fonction des revenus de la personne, mais en fonction de son état de santé. On comprend alors que ce mécanisme de sélection/tarifcation des risques entraînerait nécessairement l'exclusion des personnes les plus exposées aux risques appelant les soins les plus coûteux, et qui sont souvent aussi les personnes les moins solvables (personnes âgées aux pensions modestes, ouvriers occupant des emplois particulièrement pénibles...). Au nom de la nécessaire lutte contre l'exclusion des plus faibles, et donc de la solidarité, on peut donc justifier dans le domaine de la protection de la santé à la fois l'exclusion d'une mise en concurrence d'assurances privées et l'instauration sous le contrôle de l'État, voire sous sa gestion directe, d'un monopole au profit d'un régime rendu obligatoire.

Ce principe semble avoir été consacré par la jurisprudence constitutionnelle en matière de santé publique. En effet, le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, a interprété le principe de la protection de la santé publique proclamé par l'alinéa 11 du préambule de la Constitution de 1946, intégré au bloc de la constitutionnalité, comme un devoir mis à la charge de l'État, personnification juridique de la Nation, même si le législateur, compétent pour aménager les modalités de mises en œuvre de l'alinéa 11, peut associer à cette mission d'autres personnes publiques ainsi que des personnes privées. Par suite, le système de protection de la santé en France ne pourrait-il être confié exclusivement à des personnes privées, agissant en dehors d'un contrôle étroit de la collectivité publique, constitutionnellement débitrice de cette prestation. Il existe ainsi un cadre constitutionnel qui ferait obstacle à une privatisation incontrôlée des fonctions de l'assurance maladie.

#### *Le risque de « nationalisation » de la solidarité*

Les prestations sociales non contributives dites de solidarité nationale et financées progressivement par l'impôt, doivent-elles être réservées aux seuls nationaux français ? À cette question, les juridictions européennes bientôt suivies par les juridictions nationales, ont répondu que les droits et avantages sociaux sont un droit patrimonial dont ne peut être privé un étranger résidant régulièrement sur le sol national. Dès lors, la solidarité ne doit plus être aujourd'hui considérée comme nationale, mais, subissant la même évolution que les régimes de responsabilité, doit être qualifiée de garantie sociale.

On pouvait craindre, certes, que la fiscalisation d'une partie des dépenses de Sécurité sociale s'accompagne d'une exclusion des étrangers du bénéfice des allocations dites non contributives. En effet, interprétée dans un sens restrictif, la « solidarité nationale » pouvait signifier la

réduction de la solidarité à un engagement entre nationaux seulement. Ainsi, le Conseil municipal à majorité d'extrême droite de la ville de Vitrolles avait-il voté la création en 1998 d'une allocation familiale supplémentaire financée sur les fonds de la commune et réservée aux seuls résidents de nationalité française. En 1986, la Ville de Paris avait créé également une allocation de congé parental d'éducation réservée aux seuls Français résidant dans la commune. Un recours avait été formé alors devant la juridiction administrative à l'encontre de cette décision, mais on pouvait s'interroger alors sur les moyens juridiques qui pouvaient être invoqués dans la mesure où, la même année, dans sa décision n° 86-225 DC du 23 janvier 1986, le Conseil constitutionnel avait « refusé d'ériger le principe de la territorialité des systèmes de Sécurité sociale au nombre des principes constitutionnels dont le respect s'impose au législateur.

Statuant dans le même sens que le Tribunal administratif de Paris, le Conseil d'État, par son arrêt CE 30 juin 1989, *Ville de Paris c/Lévy* (Recueil Lebon p. 157), a finalement jugé qu'une collectivité territoriale ne pouvait exclure les ressortissants étrangers du bénéfice d'une prestation d'aide sociale facultative, en se fondant sur le respect du principe général du droit d'égalité devant le service public. Cette jurisprudence a été appliquée en 1999 par le Tribunal administratif qui a annulé l'initiative de la ville de Vitrolles.

Par ailleurs, le principe de non discrimination entre étrangers et nationaux dans l'attribution de prestations non contributives, a été également affirmé par la juridiction constitutionnelle, mais sur une autre base juridique. Ainsi, avec sa décision n° 89-269 DC du 22 janvier 1990, le Conseil constitutionnel a censuré une loi qui ouvrait le bénéfice des prestations du Fonds national de solidarité (FNS) aux étrangers ressortissants d'un des États de l'Union européenne mais en refusait l'ouverture aux étrangers non communautaires.

La solidarité « nationale-fiscale » n'est pas une forme de solidarité réservée aux seuls nationaux, mais l'expression de la solidarité de la Nation à l'égard de tous les résidents réguliers.

Par son arrêt CEDH *Gaygusuz* du 16 septembre 1996, la Cour européenne des droits de l'Homme a condamné l'Autriche pour avoir refusé une allocation d'urgence à un chômeur en fin de droits qui ne remplissait pas la condition de nationalité autrichienne exigée par la Loi sur l'assurance-chômage. En considérant l'applicabilité de l'art. 14 de la Convention combinée avec l'art. 1 du Protocole n° 1, la Cour a ainsi estimé que « le droit à l'allocation d'urgence - dans la mesure où il est prévu par la législation nationale - est un droit patrimonial au sens de l'article 1 du Protocole n° 1. Cette disposition s'applique par conséquent sans qu'il faille se fonder uniquement sur le lien qui existe

entre l'attribution de l'allocation d'urgence et l'obligation de payer « des impôts ou autres contributions ». (...) Seules des considérations très fortes peuvent amener la Cour à estimer compatible avec la Convention une différence de traitement exclusivement fondée sur la nationalité (...). (La Cour) estime que la différence de traitement entre Autrichiens et étrangers, quant à l'attribution de l'allocation d'urgence dont a été victime M. Gaygusuz, ne repose sur aucune justification objective et raisonnable ».

L'arrêt de la Chambre Sociale de la Cour de cassation du 14 janvier 1999, *Bozkurt c/ CPAM de Saint-Étienne*, a fait une application directe de l'autorité de chose interprétée par la CEDH, à l'occasion d'une affaire de refus de prestations sociales à un Turc par une caisse primaire d'assurance maladie. On peut, certes, observer que la Cour française ne reprend pas expressément la qualification de droit patrimonial utilisée par la CEDH en matière de prestations sociales mais cette qualification, inhérente au raisonnement de la Cour, est ici implicite.

La décision du Conseil d'État CE 30 novembre 2001, *ministre de la Défense c/Diop*, consacre les mêmes principes.

Dans ces conditions, on doit considérer que ces jurisprudences ont une portée fondamentale. En effet, non seulement elles consacrent le principe d'égalité des Français et des étrangers dans l'accès à des prestations non contributives, de solidarité nationale aussi bien que d'assurance, mais elles affirment que ces droits entrent dans le patrimoine de tout individu.

#### *Le risque de « paupérisation »*

Il est fait grief au processus de fiscalisation sélectif des dépenses de solidarité nationale d'organiser la « dualisation » de la société en créant une classe de « citoyens passifs », assistés et stigmatisés, dont la « créance sociale » se dévalue année après année. La critique, là encore, paraît excessive et mal fondée.

Certains auteurs soutiennent qu'il y aurait une règle selon laquelle la solidarité couvrirait moins bien que l'assurance. Et ils citent toujours en exemple celui du régime d'indemnisation du chômage. Ainsi, depuis que le législateur a distingué un régime d'assurance chômage financé par des cotisations, et un régime de solidarité financé par l'impôt, les prestations de celui-ci auraient progressivement perdu de leur valeur par rapport à celles de celui-là. Ainsi, la fiscalisation d'un régime entraînerait sa dévaluation.

Les plus pauvres seraient ainsi victimes de la révolte des contribuables parce que les transferts fiscaux sans contrepartie ne sont plus acceptés par la classe moyenne qui a le sentiment de toujours donner sans recevoir. Autrement dit, « si on nie toute composante assurantielle à la protection



sociale, (...) la menace existe qu'on ne recueille de soutien que pour un niveau de transferts plutôt minimal (... à moins de fonder la « générosité » à l'égard des laissés-pour-compte sur la crainte d'une explosion sociale) »<sup>14</sup>. Ainsi, au Royaume-Uni, « les *wooking poors* sont les victimes d'une redistribution qui, financée par l'impôt des autres salariés, est en permanence menacée par la révolte contre l'impôt »<sup>15</sup>. Enfin, la solidarité « fiscale » créerait les conditions de la misère future : « tout abandon du financement salarial d'un risque au nom de son absence de lien naturel à l'emploi prépare un recul ultérieur du salaire »<sup>16</sup>. Selon ces auteurs, lorsque les cotisations sociales patronales disparaissent, elles ne sont pas rétrocédées aux salariés, les impôts augmentent et le salaire diminue, voire disparaît.

Ces arguments ne sont pas convaincants. En effet, si la cotisation sociale « disparaît », ce n'est pas du fait de « l'impôt », mais parce que le salaire ne cesse de se rétracter du fait du chômage et qu'il faut donc bien trouver une autre assiette, alors surtout que les prestations sociales ne sont plus conditionnées par une exigence de cotisation salariale préalable. On voit mal, par ailleurs, et par quel miracle, comment le seul fait d'en revenir à la cotisation aurait pour effet de créer de l'emploi.

Ne doit-on pas mettre au crédit de l'impôt (si l'on ose dire) la progression d'autres dépenses qui peuvent être considérées comme « sociales », comme les dépenses d'éducation nationale prises en charge par le budget de l'État ? Que serait-il advenu si celles-ci n'avaient été financées que par des cotisations assises sur les salaires au moment de la montée du chômage ? Il conviendrait de prendre en compte aussi les expériences étrangères : les pays nordiques comme le Danemark ont des systèmes de protection sociale financés quasi exclusivement par l'impôt et plus « généreux » que le système français, alors que la part du revenu du travail dans la valeur ajoutée des entreprises y est la même qu'ailleurs : les entreprises danoises déboursent autant d'argent que les entreprises françaises pour leurs salariés, simplement elles versent tout sous forme de salaires, sans payer de cotisations sociales, et ce sont les salariés qui paient ensuite leur IR et financent ainsi leurs dépenses sociales<sup>17</sup>.

Le « décrochage » des prestations fiscalisées par rapport aux dépenses financées par les seuls salaires, n'est donc pas une fatalité.

En fait, comme le salaire, l'impôt affecté aux prestations des plus démunis, ne se défend pas tout seul... De ce point de vue, une fiscalisation affectée à une institution distincte de l'État (les caisses de Sécurité sociale), au conseil d'administration ou au conseil de surveillance de laquelle siègent les partenaires sociaux, est certainement préférable à une budgétisation étatique qui subit les aléas des revirements ou des alternances politiques et les pratiques de redéploiement « technique » de la direction du budget du ministère des Finances (ce n'est toutefois pas une

fatalité, comme le montre la vigilance qui fut celle de tous les groupes parlementaires en défense du BAPSA). La gestion des recettes fiscales affectées aux dépenses de solidarité, par le même établissement que celui qui gère les prestations d'assurance est certainement la formule la plus satisfaisante parce qu'elle permet aussi d'éviter d'une certaine façon le risque de « stigmatisation ».

Pourtant, selon Pierre Volovitch<sup>18</sup>, « le fait d'être protégé par un même système de protection sociale est un facteur de cohésion pour un groupe humain. À l'inverse, les prestations non contributives ont un effet de dualisation de la société. Ceux qui payent auront toujours tendance à trouver qu'ils payent trop et ceux qui reçoivent seront toujours soupçonnés « d'en profiter ». L'existence de deux catégories de prestations peut donc faire naître le risque de « stigmatisation » des assistés. Est-ce, là encore, une fatalité ? Ainsi, comme le souligne l'auteur précité « à la fin des années 1980, la mise en place de la première CSG a montré qu'un double financement pouvait parfaitement s'accompagner d'un maintien de l'unité des prestations » avec l'affectation de la CSG, qui remplaçait partiellement des cotisations patronales d'allocations familiales, directement à la CNAF qui gère toutes les prestations familiales. En revanche, la création en 1993 d'un établissement, le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), distinct des régimes de Sécurité sociale, pour financer les dépenses de solidarité nationale, porterait « en elle la possibilité d'appliquer à ces prestations des conditions de revalorisation moins favorables que celles prévues par le régime d'assurance ». Un mécanisme conçu pour être favorable aux plus pauvres, saperait, en fait, les bases de l'ensemble de la protection sociale parce qu'un système financé par les riches qui ne bénéficie qu'aux pauvres est fragile : les classes moyennes, nombreuses, y sont indifférentes et les riches, influents, hostiles.

Cette distinction entre une bonne et une mauvaise « fiscalisation » nous paraît erronée, comme le démontre l'exemple du Fonds CMU qui prend en charge la protection complémentaire des plus démunis.

On sait que les régimes d'assurance maladie obligatoires ne couvrent, en principe, qu'une partie du coût de la dépense de santé, laissant à la charge de l'assuré ce qui est appelé un « ticket modérateur », une couverture complémentaire facultative pouvant être souscrite auprès des mutuelles, institutions de prévoyance ou assurances. Or, au cours des décennies passées, les régimes obligatoires d'assurance maladie ont progressivement réduit leur taux de prise en charge de la dépense de santé : les régimes de base ne couvrent plus que 74 % de la dépense globale de soins, au lieu de 76,5 % en 1980 et ce niveau est encore plus faible pour la médecine de ville, soit 58 % contre 66,7 % en 1980 ou les dépenses d'optique médicale (8 %). Cette situation est la



conséquence des plans successifs, dits de redressement des comptes sociaux, qui ont entraîné, d'une part, une hausse des tickets modérateurs applicables aux dépenses de médicaments, d'autre part, la création du forfait hospitalier [13 € par journée d'hôpital], tandis qu'ils ont permis des dépassements des tarifs très importants en chirurgie dentaire et pour les médecins conventionnés en secteur II (c'est-à-dire à honoraires libres). Cette charge de près de 30 % des dépenses de santé atteint d'abord les ménages en difficulté : alors que 84 % de la population souscrit une couverture maladie complémentaire, cette proportion tombe à 45 % dans la tranche des revenus inférieurs à 304,89 € (2 000 F par mois).

Comme on l'a dit en introduction, depuis 1945, pour bénéficier de l'assurance maladie il faut avoir une activité professionnelle et cotiser (notion d'assuré) ou avoir un lien de parenté avec un assuré (notion d'ayant droit). Pour permettre à des personnes non assujetties à un régime obligatoire d'entrer dans le régime général - ou dans le régime des non salariés non agricoles (régimes dits des « non-non », des « indépendants »), pour y bénéficier de certaines prestations en contrepartie de cotisations, une « assurance volontaire » avait été créée en 1945, transformée par la Loi du 2 janvier 1978 en assurance « personnelle ». Ce dispositif se caractérisait par un niveau élevé de cotisations, souvent aggravé par l'obligation de rachat des cotisations afférentes aux années antérieures : dans son principe même, il excluait les personnes les plus défavorisées et devait concerner des groupes sociaux « atypiques » pouvant disposer de revenus réels, voire importants (rentiers titulaires de revenus fonciers, membres de professions diverses telles que voyants, mages, cartomanciennes, détectives privés, récupérateurs de ferraille...). Confrontés au développement d'une nouvelle pauvreté au début des années 1980, les pouvoirs publics ont choisi d'utiliser la formule de l'assurance personnelle pour couvrir des populations insolvables, en faisant prendre en charge la cotisation à cette assurance par des tiers, et notamment par l'aide médicale financée par les départements depuis les Lois de décentralisation de 1982 et 1983. Ainsi, les personnes qui recevaient le RMI ou l'allocation veuvage bénéficiaient de plein droit de l'aide médicale départementale pour la part laissée à leur charge (ticket modérateur, forfait journalier).

La principale lacune de l'aide médicale décentralisée tenait à l'absence de barème national qui a débouché sur une hétérogénéité des seuils, créatrice de disparités géographiques fortes. De plus, le degré de prise en charge des dépenses de santé que l'assurance maladie ne rembourse pas variait d'un département à l'autre. Ainsi, en 1995 (enquête CreDES 1996), 16 % de la population ne disposaient pas d'une couverture complémentaire. Sachant que le quart de ces personnes était exonéré du

ticket modérateur (leur pathologie justifiant une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie) ou pris en charge par l'aide médicale départementale, c'était en fait près de 7 millions (12 %) de personnes qui restaient sans protection complémentaire, faute de pouvoir en assumer le coût financier ou de le faire prendre en charge par l'aide médicale départementale ; elles renonçaient donc à bénéficier des prestations de l'assurance maladie de base et étaient ainsi *de facto* privées d'accès aux soins.

C'est la raison pour laquelle la Loi du 27 juillet 1999 entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000 a créé une couverture maladie universelle (CMU). La CMU comporte deux volets : la CMU de base et la CMU complémentaire. La CMU de base permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré). Désormais, le droit à une couverture complémentaire gratuite est reconnu à toutes les personnes remplissant les conditions de résidence et dont les revenus de l'année précédente, incluant ressources imposables et non imposables, déduction faite cependant « des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires », ne dépassent par un seuil fixé par décret qui est modulé, par transposition des règles du RMI, en fonction de la dimension du foyer.

Aujourd'hui la CMU offre à plus de 4 millions et demi d'individus, soit 7,4 % de la population, une couverture maladie complémentaire prise en charge à 100 %, à comparer aux 3 millions relevant de l'ancienne aide médicale départementale. Les bénéficiaires du RMI constituent environ la moitié des effectifs de la CMU.

Si la gestion de la CMU a été déléguée aux caisses d'assurance maladie, la CMU est financée par un fonds, dit « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie », abondé, d'abord, par une contribution annuelle dont le taux est fixé à 1,75 %, prélevée sur le chiffre d'affaires relatif aux contrats « frais de soins de santé » de l'ensemble des organismes complémentaires et à versement trimestriel. Le montant prévisionnel de la contribution qui devrait être perçue en 2004 est de 248 M€. L'État complète la participation des mutuelles et assurances en versant au Fonds une subvention d'équilibre : 997 M€ en 2004.

La création de cette protection sociale complémentaire pour les plus pauvres, financée par les cotisations des autres assurés sociaux et par l'État, n'a provoqué aucune hostilité des cotisants et contribuables fortunés qui auraient obtenu la « dévalorisation » des droits accordés aux bénéficiaires de la CMU. Au contraire. En effet, le législateur s'est



efforcé d'étendre le bénéfice d'une assurance complémentaire à ceux qui étaient victimes de « l'effet de seuil » inhérent au dispositif issu de la Loi de 1999 : une fois dépassé le plafond de ressource, le droit à couverture complémentaire gratuite cesse et la cotisation volontaire à un régime complémentaire se fait au premier euro.

La Loi du 13 août 2004 a ainsi créé un « crédit d'impôt au titre des contrats d'assurance complémentaire de santé individuels » qui devrait permettre à près de 2 millions de personnes de bénéficier d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé. Cette aide concernera les personnes dont les ressources ne dépassent pas de plus de 15 % le plafond de la couverture maladie universelle (CMU) complémentaire. Ce dernier étant actuellement fixé à 566,50 € mensuels, le revenu des nouveaux bénéficiaires ne pourra donc pas excéder 651 €. Le montant du crédit d'impôt varie selon le nombre et l'âge des personnes composant le foyer couvertes par le ou les contrat(s). Il est égal à 150 € par personne âgée de 25 à 59 ans, de 75 € par personne âgée de moins de 25 ans et de 250 € par personne âgée de 60 ans et plus. Le bénéfice du crédit d'impôt sera lié pour les complémentaires au respect d'un cahier des charges. Cette contrepartie a été introduite lors de la discussion parlementaire au Sénat. Ainsi, les garanties proposées ne devront pas prendre en charge la participation d'un euro sur chaque acte médical. Cette disposition vaut pour l'ensemble des contrats, individuels ou collectifs, qui bénéficient d'une aide fiscale.

La fiscalisation du financement de la Sécurité sociale ne mérite donc pas les griefs qui lui ont été faits. Elle devrait même être accentuée pour être plus cohérente et plus équitable encore.

*La fiscalisation du financement des prestations maladie  
devrait être accentuée*

Après la fiscalisation des cotisations salariales affectées à des dépenses de solidarité, le sort des cotisations patronales affectées à de telles dépenses a été discuté : il reste en effet 18,2 points de cotisations patronales, dont 12,8 sont affectés au financement de la branche maladie et 5,4 à la branche famille.

Les cotisations patronales affectées à l'assurance vieillesse (8,20 % sous plafond et 1,60 % sans plafond) ne sont pas prises en compte dans le débat puisqu'elles sont logiquement assises sur les salaires pour financer des prestations elles-mêmes en proportion des revenus d'activités.

Dans la mesure où un point de cotisation représente environ 4 Md€, les cotisations patronales affectées à des dépenses de solidarité représentent autour de 70 Md€ dont les 2/3 vont à la CNAMTS et le tiers restant à la CNAF (Caisse nationale d'allocations familiales).

Le débat sur une éventuelle fiscalisation de ces sommes est alors ouvert : la logique qui avait prévalu pour la réforme des cotisations salariales peut-elle être purement et simplement transposée ? Autrement dit, suffit-il de constater le caractère non salarial des dépenses sociales que les cotisations patronales financent, pour conclure à la nécessité de remplacer ces dernières par des points de CSG (sachant qu'un point de CSG maladie rapporte autour de 9 Md€) ? La publication de nombreux rapports consacrés au sujet a permis de montrer que la réponse n'était pas si simple. La question ne peut être tranchée que si les objectifs de la réforme sont clairement fixés ; ils peuvent être nombreux et contradictoires. Il s'agit, soit :

- de mettre en harmonie la nature des dépenses sociales et de l'assiette du prélèvement qui les finance ;
- de trouver une assiette qui croît avec le PIB alors que la croissance de l'assiette salariale des cotisations est depuis de longues années inférieure à celle de la richesse nationale ;
- de favoriser une substitution travail/capital en allégeant les prélèvements sur le travail et en augmentant ceux qui portent sur les entreprises les plus capitalistiques ;
- de favoriser l'embauche de certaines catégories de salariés, notamment des personnes peu qualifiées, en répercutant le coût de ces recrutements sur les autres salariés ou sur les autres catégories de revenus ;
- d'inscrire la réforme dans un processus plus général d'augmentation de la progressivité de l'ensemble du système socio-fiscal.

Ces différentes perspectives seront développées en suivant une très remarquable étude de l'OFCE<sup>19</sup>.

#### *Hypothèse d'un transfert sur les assiettes fiscales classiques*

Défendue par le syndicat CGT, la taxation du capital des entreprises pourrait se traduire par une augmentation de l'impôt sur les sociétés. Or cet impôt exonère les dividendes distribués en raison de l'avoir fiscal et les versements d'intérêts. L'assiette de l'impôt est donc particulièrement étroite et est affectée par les jeux sur la détermination comptable du résultat des entreprises qui pourraient afficher des soldes nuls ou négatifs pour ne payer aucune cotisation. Le risque est donc trop important pour qu'un transfert massif de points de cotisations sociales puisse être tenté. L'idée d'une taxation de l'excédent brut d'exploitation (EBE) est justiciable de la même critique (cf. *infra*).

Les prestations maladie et famille ne concernant que les ménages et non les entreprises, il pourrait paraître logique de transformer purement et simplement les cotisations sociales patronales en points de CSG. Les salariés gagneraient un peu à l'élargissement de l'assiette si la suppression des cotisations employeurs s'accompagnait bien d'une augmentation à



due concurrence de leur salaire brut, mais la taxation des revenus des retraités et celle des revenus du capital financier augmenteraient excessivement, créant un risque de chute de la consommation ou de fuite des capitaux.

On a dit que le législateur a fait le choix en 2004 d'augmenter la C3S dont sont redevables certaines entreprises. Or l'étendue particulièrement large de cette assiette démontre son caractère non représentatif. De plus, la cotisation sur le chiffre d'affaires présente l'inconvénient de l'absence de neutralité vis-à-vis de la longueur des circuits de distribution, ce que l'on appelle la taxation en cascade : chaque intermédiaire paie sur son chiffre d'affaires et le dernier vendeur voit son prix de vente gonflé d'une cotisation qui a été appliquée N fois de suite. Cette cotisation pénalise le petit commerce de détail par rapport aux distributeurs assurant la fonction de grossiste ou de fabricant, et pourrait avoir un effet inflationniste.

La création d'une « TVA sociale » est un projet ancien, mais il est défendu aujourd'hui par de nombreux économistes dans la mesure où il permettrait d'organiser sur de nouvelles bases les échanges entre les pays garantissant un haut niveau de protection sociale à leurs résidents et les pays du tiers-monde. Ainsi, en substituant un impôt sur la consommation à un impôt sur les salaires, on redonne aux salariés qui sont victimes de la concurrence internationale les avantages que la population dans son ensemble retire de cette même concurrence grâce à l'importation des biens de consommation. Il suffit de taxer les produits de base de la consommation quotidienne au taux inférieur pour ne pas craindre outre mesure un effet anti-redistributif parasite. Du fait de sa déductibilité à l'exportation, la TVA fonctionne comme une « sociotaxe »<sup>20</sup>. Utilisée pour financer la Sécurité sociale, elle égalise fictivement, pour le consommateur de France, le niveau d'État providence entre la production en France et la production dans le tiers-monde. Et elle dispense les consommateurs du tiers-monde de financer la Sécurité sociale des travailleurs français. Elle incite donc le consommateur français à refuser les produits de la surexploitation du tiers-monde, tout en abaissant les coûts pour les populations du tiers-monde, des produits français. Ces analyses sont combattues par les économistes de l'OFCE qui observent, en premier lieu, que du fait de sa déductibilité des investissements, la TVA a, de fait, à peu près la même assiette que la masse salariale : elle ne pèse donc pas sur le capital et ne favorise pas les techniques de production employant plus de travail. En second lieu, dans la mesure où la substitution de la TVA aux cotisations sociales aurait bien l'effet d'une dévaluation déguisée en abaissant le coût des exportations, elle aurait aussi des effets inflationnistes en renchérissant le prix des produits importés, au détriment du pouvoir d'achat des salariés. La valeur ajoutée ne peut donc être

une assiette de substitution à la masse salariale que si sa taxation est fondée sur d'autres règles que celles de la TVA. Ce projet d'une « cotisation sur la VA » fait partie des propositions de création de nouvelles catégories de prélèvements fiscaux.

*Hypothèse de la création de nouveaux prélèvements fiscaux*

Parce que l'Union européenne se caractérise par un niveau des prélèvements obligatoires sur le travail supérieur à celui des États-Unis ou du Japon d'environ 5 points en moyenne de PIB, le chapitre IX du Livre blanc de la Commission européenne sur « La croissance, la compétitivité et l'emploi » de décembre 1993, a suggéré de procéder à une baisse des coûts indirects du travail, de l'ordre de 1 à 2 points de PIB, en organisant « le transfert des charges sociales sur une taxe CO<sub>2</sub> Énergie (qui) aurait des effets positifs sur l'environnement et sur l'emploi », en particulier si les réductions étaient ciblées sur les bas salaires. Ainsi, les entreprises seraient incitées à utiliser moins d'énergie et plus de travail. Les taxes écologiques créeraient un « double dividende » : elles seraient une forte incitation à l'amélioration du bien collectif résultant de la préservation de l'environnement et elles seraient favorables à l'emploi dont elles allégeraient le coût. Autrement dit, l'intérêt pour l'emploi d'un basculement entre écotaxes et charges salariales repose théoriquement sur un cercle vertueux, combinant baisse des coûts salariaux, hausse de l'embauche, augmentation de la consommation finale des ménages et relance de l'activité. Cet enthousiasme peut être tempéré dans la mesure, d'abord, où les écotaxes n'ont pas, en elles-mêmes, d'effets redistributifs, au contraire : les pays et les entreprises riches ont une plus grande capacité à polluer, ils ont une plus grande disponibilité à payer pour polluer, ils ont une plus grande capacité à payer le prix de la protection de leur environnement, que n'en ont les États et les entreprises pauvres. Même s'il ne s'agit là que d'un pur effet de l'inégalité des revenus et que ce n'est pas le domaine de l'environnement qui souligne le plus particulièrement l'iniquité qui en résulte, l'amélioration de l'environnement étant un problème presque totalement indépendant de celui de la distribution des revenus et de l'emploi, il n'en reste pas moins que la transformation, même partielle des cotisations sociales patronales en taxes écologiques aurait pour effet d'aggraver le caractère anti-redistributif du système de prélèvement global. Par ailleurs, ces taxes à la consommation reculent de façon non maîtrisée avec la consommation. On ne peut donc pas trop compter dessus pour financer des dépenses notamment sociales : on peut même considérer que plus les écotaxes sont dissuasives, moins elles rapportent.

Une façon de taxer le capital des entreprises en évitant les inconvénients de l'impôt sur les sociétés serait de frapper l'excédent brut



d'exploitation qui correspond à la différence entre le chiffre d'affaires et la masse salariale. Cette assiette est souvent défendue parce qu'elle reviendrait à taxer directement le montant du profit brut de l'entreprise : les entreprises dont la part de la masse salariale dans le CA est importante seraient moins mises à contribution (autrement dit, celles qui ont utilisé leurs profits pour augmenter les salaires et/ou l'emploi). Cette assiette engendre un effet supérieur sur l'emploi que l'assiette VA parce qu'elle alourdit le coût du capital par rapport au coût du travail et elle permet de taxer directement les profits d'exploitation non investis dans la sphère réelle et qui alimentent l'épargne financière des entreprises. L'assiette EBE ne paraît pas utilisable en pratique pour deux raisons majeures. D'abord, la mesure réalise un transfert des entreprises fortement capitalistiques ou fortement bénéficiaires vers les entreprises utilisant beaucoup de travail, au détriment éventuel de la modernisation de l'appareil de production. Surtout, la réforme serait justiciable des mêmes critiques que l'impôt sur les sociétés : les revenus financiers ne figurent pas dans le compte de résultat des entreprises, et le bénéfice fiscal peut être sujet à des jeux d'écritures comptables. L'assiette manque donc de stabilité. En revanche, le bénéfice n'est qu'une faible part de la valeur ajoutée. Celle-ci pourrait donc être utilement retenue comme assiette substitutive à l'assiette salariale.

Le rapport de Jean-François Chadelat, commandé par le Premier ministre, Alain Juppé, défendait l'idée d'un élargissement de l'assiette des cotisations des entreprises à la valeur ajoutée. Le rapport retient une définition de la VA qui exclut la déductibilité de l'investissement (différence avec la TVA) et se réfère à l'article 1647 B sexies du Code général des impôts relatif au plafonnement de la taxe professionnelle et qui s'écarte de la définition comptable de la valeur ajoutée. La définition spécifique retenue pour les établissements financiers permet de prendre en compte leur solde financier, alors que ce solde est exclu dans les autres secteurs. Par ailleurs, le choix de cette assiette fiscale connue de l'administration pourrait être un atout pour la bonne application pratique de la réforme proposée.

L'auteur du rapport a présenté les avantages et les inconvénients de la CVA (Cotisation sur la valeur ajoutée), et les premiers paraissent l'emporter nettement sur les seconds. Au titre des avantages, il faudrait retenir : la neutralité complète vis-à-vis de la combinaison de facteurs de production alors que l'assiette actuelle favorise les combinaisons employant peu de main-d'œuvre ; une assiette progressant, par définition, comme le PIB marchand dont la définition n'est autre que la somme des valeurs ajoutées. Elle est plus conforme à l'essence même de l'entreprise qui est de maximaliser le rendement et de diminuer les coûts. Cette assiette aurait, en outre, un effet stabilisateur sur les comptes de la

Sécurité sociale ; la recherche de l'enrichissement de la croissance en emploi par répartition du prélèvement entre les entreprises ; l'effet favorable à l'emploi par substitution du travail au capital (ou plutôt par ralentissement de la substitution du capital au travail) par rapport à la situation actuelle. Toutefois, agir sur la substitution capital/travail pourrait être plus pertinent en ce qui concerne le travail non qualifié, pour lequel le chômage structurel est le plus important ; des transferts sectoriels réduits pour les entreprises pénalisées, dans le cas d'une baisse globale des prélèvements sur les entreprises (cette propriété étant valable pour toute réforme à rendement décroissant pour les finances publiques). Au titre des inconvénients, il faudrait craindre : le ralentissement de l'investissement, donc de la croissance, et par conséquent de l'emploi, qui pourrait annuler l'effet positif de substitution ; le passage de la masse salariale à la VA pénalise plutôt les secteurs soumis à la concurrence internationale et délocalisables ; les possibilités d'évasion sont accrues car la VA est une grandeur plus difficile à contrôler que la masse salariale. La VA peut être réduite par recours accru à des locations d'équipements auprès de filiales étrangères par exemple.

J.-F. Chadelat ouvre le choix entre une CVA et une modulation des cotisations employeurs assises sur le salaire en fonction du *ratio* masse salariale/valeur ajoutée, selon trois hypothèses. Chacune d'elles a été analysée par H. Sterdyniak et A. Villa de l'OFCE dans leur étude précitée :

- la modulation nationale : les entreprises paient un taux normal de cotisation si leur ratio MS/VA est proche de la normale ; un taux minoré s'il est faible ; un taux majoré s'il est fort. Le système a l'avantage de mettre un plafond à la hausse de la charge pour les entreprises les plus capitalistiques, mais il peut faire craindre que ces entreprises ne se coupent en deux : une entreprise sans salarié possède tout le capital qu'elle loue à la seconde, qui emploie tous les salariés ; celle-ci paie le taux de cotisation le plus bas, sans être incitée à utiliser plus de travail et moins de capital ;
- la modulation sectorielle : la valeur du ratio VA/MS de l'entreprise est comparé à la valeur moyenne du secteur, avec une surtaxation des entreprises qui dépassent celle-ci. Demandant un examen, entreprise par entreprise, du ratio normal, compte tenu de la spécialité de l'entreprise, ce mécanisme est, de fait, inapplicable ;
- la modulation intertemporelle : le taux de cotisation varie en fonction de l'évolution du ratio MS/VA. Favorable aux entreprises en difficulté, cette technique n'incite pas, en revanche, à une modification durable de la technique de la production.

Les économistes précités de l'OFCE se rallient au principe de la création de la CVA mais jugeant aussi souhaitable une baisse des charges



sur les bas salaires, ils proposent « une CVA exonérant la partie des salaires inférieure au SMIC », ce qui reviendrait à subventionner chaque emploi de 185 € (1 213 F) par mois. Dans ces conditions, le taux de la taxe devrait être de 14 %. C'est la mesure la plus favorable à l'emploi si on croit au chômage spécifique des non salariés et à une substituabilité travail non qualifié/capital.

### NOTES

1. Nicolas Dufourcq, « Sécurité sociale : le mythe de l'assurance », *Droit social*, n°3 mars 1994, p. 291.
2. Contrairement au concept de « service public » dont l'emploi « a été délibérément écarté du vocabulaire normatif » en 1945 parce que les partenaires sociaux y voyaient l'ombre portée de l'État.
3. Jean-Marie Thiveaud, « Le risque et son prix : genèse d'un concept et de son évaluation juridico-financière », *Revue d'économie financière*, n° 57, été 1996 et Caroline Veltcheff « Le risque : un écueil étymologique, une aventure linguistique », *RFAS*, 1996.
4. Bruno Palier, « Les évolutions des systèmes de protection sociale en Europe et en France, une perspective institutionnelle comparée », revue *Pouvoirs*, n°82, 1997, 150-151.
5. Rapport Pierre Morange, n°1157, A.N., 27 octobre 2003.
6. Rémi Pellet, *Les finances sociales : économie, droit et politique*, LGDJ, 2001.
7. Nicolas Dufourcq, *op. citée*.
8. L'ordonnance du 2 janvier 1959 qui a valeur de loi organique précisait notamment les conditions d'élaboration et de vote du budget de l'État. Elle a été remplacée par la Loi organique du 1<sup>er</sup> août 2001.
9. Martin Hirsch, *Les enjeux de la protection sociale*, Montchrestien, coll. Clefs, 1994, p. 55.
10. Antoine Jeancourt-Galignani « Éloge de l'assurance comme solidarité », *Revue Commentaire*, été 2000.
11. François Ewald, *L'État providence*, Grasset 1986, François Ewald, notes sur les observations de Bernard Gazier, sous « L'État providence : quelques questions d'un économiste », *Revue Actes*, 1986
12. François Ewald, *Le problème français des accidents thérapeutiques, enjeux et solutions*, rapport à Bernard Kouchner, ministre de la Santé et de l'Action humanitaire, septembre-octobre, 1992, p. 46.
13. Didier Blanchet, « Le vocabulaire de l'assurance a-t-il sa place dans la réflexion sur la protection sociale ? », *INSEE*, 1994.
14. Didier Blanchet, « Deux usages du concept d'assurance et deux usages du concept de solidarité », *RFAS*, 1995, n°4, octobre-décembre.
15. Bernard Friot, *Puissance du salariat*, La Dispute, 1998.
16. Bernard Friot, *Et la cotisation créera l'emploi*, La Dispute, 1999.
17. Thomas Piketty, *L'économie des inégalités*, La Découverte, coll. Repères, n° 216, 1997.
18. Pierre Volovitch, « Y a-t-il une solidarité après l'assurance ? », revue *Prévenir*, n° 29, 2<sup>ème</sup> semestre 1995, p. 119.
19. H. Sterdinyak et P. Villa, « Pour une réforme du financement de la Sécurité sociale », *Revue de l'OFCE*, octobre, 1998, n° 67.
20. A. Lipietz, *L'audace ou l'enlisement*, La Découverte, p. 333, 1984.

