

Éditorial

Reconquérir la Sécurité Sociale : un objectif au présent

La crise sanitaire a révélé à la fois l'importance de la Sécurité Sociale dans la protection de la vie et l'accès à certains soins et les conséquences, insupportables voire dramatiques pour les personnels soignants et les malades, des politiques d'austérité menées dans le domaine de la santé.

Mais les préoccupations idéologiques, voire électoralistes, servent de boussole à la poursuite des attaques contre la Sécu par le recours à différents leviers qui demandent décryptage et contre-propositions.

D'abord, pour la 2^{ème} année, le gouvernement gonfle artificiellement la dette sociale ce qui permet de réduire le déficit public aux yeux de Bruxelles, de préparer de nouvelles mesures d'austérité tout en continuant d'affaiblir la Sécu pour tous. Dans le contexte créé par la crise sociale et économique, la question de la dette, dans ce cas-ci celle de la dette sociale, se pose dans des conditions particulières. Pour de nombreux économistes hétérodoxes et des forces de progrès une politique d'austérité au sortir de la « crise Covid » serait tout à fait désastreuse et contraire à la reprise économique nécessaire.

Le SNES-FSU met donc en débat la transformation de cette dette « en emprunt d'État avec son remboursement à long terme à taux zéro » ou bien son intégration « à un processus d'annulation d'une partie de la dette publique » (US n°804 23/01/21 Textes préparatoires).

D'autre part, avec l'attachement qu'on lui connaît pour la démocratie, le gouvernement prépare une ordonnance instituant dans la Fonction Publique la Protection Sociale Complémentaire obligatoire présentée de manière démagogique au nom du pouvoir d'achat mais qui serait lourde de conséquences par la marginalisation de l'Assurance-Maladie Obligatoire seule égale pour toutes et tous et par le champ ouvert à la marchandisation de la santé.

Enfin l'architecture même de la Sécurité Sociale est menacée par l'adoption à la sauvette en plein mois d'août de la 5^{ème} branche dont les financements tournent le dos à la solidarité créée par le salaire socialisé et à laquelle le SNES-FSU et le groupe des 9 restent opposés. La réforme

« grand âge et autonomie » annoncée à grand bruit puis enterrée réapparaît, calendrier électoral oblige. Mais la voilure en est ramenée à « un virage domiciliaire » dont le premier mérite selon Brigitte Bourguignon est de réduire le coût de la réforme. On peut déjà penser que si la contribution des retraités est à l'ordre du jour, ce ne sera pas le cas de la diminution des restes à charge, notamment en EHPAD. La seule revendication qui assure la même protection pour toutes les personnes est la prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale des dépenses liées à l'accident de la vie qu'est la perte d'autonomie.

Le SNES-FSU a été contraint de reporter son congrès en 2022 mais ces questions nouvelles demandent déjà un débat dans le syndicat qui débouche sur une contribution nationale. Ce sera l'objet du Conseil National réuni fin juin.

L'action a besoin de ce temps de réflexion collective qui contribue ensuite à réaliser des convergences avec d'autres forces. La situation de la Sécu réclame en effet des mobilisations de grande ampleur. C'est dans cet objectif que 30 organisations (dont la FSU) réunies à St Etienne les 2 et 3 octobre 2020 pour les 75 ans de la Sécurité Sociale ont lancé un appel « pour que vive la Sécu ». Des initiatives sont prises pour la création d'un pôle public du médicament, la levée des brevets pour les vaccins, la poursuite de la défense des hôpitaux de proximité, le 22 mai pour ouvrir de nouveaux droits aux chômeurs...

« Seule création de richesses sans capital ... la seule qui ne va pas dans la poche des actionnaires » (A. Croizat), la Sécurité Sociale a toute sa place dans une société moderne.

*Martine Beaulu-Barlier, Fabienne Bellin,
Anne-Marie Roussel, le 16 mai 2021*

p.1 : Éditorial

p.2 : Le mythe du trou de la Sécu

p.3 : Un marché de dupes

p.4 : Perte d'autonomie : pour le 100 % Sécu

Sommaire

Le mythe du trou de la Sécu

Ce « trou » correspond au déficit des quatre branches de la Sécu et du Fonds de Solidarité Vieillesse qui, cumulé au fil des ans, constitue la dette sociale dont le remboursement incombe à la CADES. Pourquoi un mythe ? (cf Julien Duval, *Le Mythe du « trou de la Sécu »*, Raison d'agir, 2007).

Le déficit pour 2020 s'établit à 38,9 mds d'euros (25 mds prévus en 2021). Abyssal pour le Point, vertigineux pour Capital, mais rappelle le JDD, il ne représente que 8 % des dépenses de la Sécu et la dette sociale 8 % de la dette publique.

Mais d'où vient-il ?

La crise sanitaire ne l'a pas créé mais les choix du gouvernement pour traiter la crise l'ont accentué.

Tendance de fond : des techniques médicales plus efficaces mais aussi plus coûteuses, une population vieillissante, génèrent une hausse des dépenses. En face, le chômage de masse, un partage de la plus-value plus défavorable aux salaires et les délocalisations réduisent les recettes puisque les cotisations sociales reposent sur les salaires.

Alors limiter les dépenses ou accroître les recettes ?

Depuis une cinquantaine d'années, l'État a choisi. Il impose un encadrement des dépenses de plus en plus sévère. Pour ce faire, il a mis fin à l'élection des administrateurs, institué un ticket modérateur et un forfait hospitalier, créé en 1996 l'ONDAM*, multiplié les déremboursements, mis en place les ARS, fermé des hôpitaux etc. ; et les réformes de régression des retraites se succèdent. La situation a encore empiré sous Macron. L'État a décidé, au mépris de la loi, de ne plus compenser les exonérations de « charges » qu'il impose à la Sécurité Sociale, la privant d'une partie de ses recettes : CICE transformé en exonération de « charges » pérenne ; mesures gilet jaunes et « dette COVID » (136 Mds d'€ rajoutés à la CADES**) mises à la charge de la Sécu. Le remboursement de la dette sociale qui devait se terminer en 2024 est renvoyé à 2033 (et donc la CRDS*** est prolongée).

L'expression « trou de la Sécu » n'est donc pas une description objective du réel mais une critique destinée à justifier une action politique. L'expression est culpabilisante, souvent associée à des soupçons de fraude, d'abus, d'irresponsabilité des assurés sociaux, l'une des expressions de « l'objection libérale » (Henri Hatzfeld, cité par J. Duval) qui s'exprime dès le XIXe siècle (au demeurant, est-ce un hasard si la dette sociale doit être éteinte, intérêts et capital, comme un péché à expier, alors que l'État fait « rouler » sa dette et ne rembourse que les intérêts ?).

C'est dès sa création que la Sécurité Sociale a été attaquée.

Un chercheur, Nicolas da Silva, a exhumé un débat parlementaire de 1949. Les arguments actuels contre la Sécu y figurent déjà : concurrence internationale, abus des assurés, charges sociales, compétitivité, inefficacité du secteur public, etc. Mais, à l'époque, dans une France pourtant bien moins riche, on a décidé d'augmenter les ressources. Si l'expression « trou de la Sécu » s'est diffusée c'est que les forces sociales qui défendent cette vision du monde ont réussi à l'imposer. Sous l'effet du néolibéralisme il s'est établi un consensus entre les « partis de gouvernement » pour considérer comme indispensable de réduire la dépense. Inversement, les forces syndicales et politiques qui expliquent le « trou » par un manque de financement, se sont affaiblies.

Alors, ne nous laissons pas duper par un argumentaire néolibéral aussi ancien, en fait, que la Sécu. Une bataille d'argumentation et de conviction est à mener pour persuader qu'il est possible de payer les retraites, d'obtenir un remboursement des dépenses de santé 100 % par la Sécurité Sociale et une intégration de l'assurance dépendance dans la branche maladie.

*ONDAM : objectif national des dépenses d'assurance maladie

**CADES : Caisse d'amortissement de la dette sociale

***CRDS : contribution pour le remboursement de la dette sociale de 0,5 %

Daniel TENAND



Un marché de dupes



Dans le cadre de la loi du 6 août 2019 sur la transformation de la Fonction Publique et sur ordonnance du gouvernement doit se mettre en place la Protection Sociale Complémentaire. Pour rappel, cette dernière a pour objectif de rendre obligatoire la participation des employeurs publics au financement de la Protection Sociale Complémentaire de leurs agents comme cela a déjà été mis en pratique pour les salariés du privé (ANI)*. A ces fins, l'adhésion à des contrats de groupe sera imposée aux agents, y compris venant d'assureurs privés à but lucratif.

Pour les retraités le danger est évident : comme pour les travailleurs précaires de plus en plus nombreux dans la Fonction Publique, ils risquent de se trouver écartés de ce dispositif. La FSU s'est d'ailleurs inquiétée le 26 avril lors d'un groupe de travail avec la DGAFP** que le principe solidarité avec les retraité-e-s, affirmé dans le texte, ne soit qu'un simple affichage car son coût pour les employeurs publics n'apparaît pas dans l'étude d'impact financière de l'ordonnance. Pourtant, les pensions des agents de la FP sont des salaires continués, l'État est donc toujours « leur employeur ». La non-participation de l'employeur signifiera immanquablement une nouvelle augmentation des cotisations pour les retraités. La solidarité intergénérationnelle (actifs/retraités), déjà bien mise à mal par les cotisations diversifiées comme la CASA*** instaurée pour les seuls retraités et par les projets de financement par les retraités de la loi Grand âge et Autonomie, devient alors caduque.

Mais il y a également danger pour les actifs. Si, dans un premier temps, les salarié-e-s peuvent avoir l'impression d'un gain financier notamment pour les petits revenus, l'expérience du privé a démontré qu'il n'en est rien. En effet, les contrats imposent un panier de soins minimaliste, avec un découplage possible des risques santé et prévoyance (incapacité de travail, invalidité, inaptitude ou décès). Les salariés doivent avoir recours à une surcomplémentaire afin de bénéficier d'une couverture meilleure et les assureurs ont alors les mains libres pour pratiquer les tarifs qu'ils désirent. La hausse du pouvoir d'achat que semble entraîner la participation

de l'employeur risque donc de n'être qu'un leurre, d'autant que des voix s'élèvent au sein de la majorité gouvernementale pour réclamer que cette participation soit compensée par la poursuite du gel du point d'indice...

Une vraie politique du pouvoir d'achat des fonctionnaires passe par la hausse du point d'indice. Quant au droit à la santé, il est mis en danger par la généralisation de la logique « individualisante » de ce projet. On peut craindre la dérive des mutuelles vers des pratiques assuranciennes segmentant les tarifs non seulement en fonction de l'âge et du niveau de couverture comme c'est déjà le cas pour la MGEN mais aussi en fonction du risque et du statut. L'obligation d'adhérer à l'opérateur choisi par l'employeur sur des bases qu'on imagine facilement être celles du moins disant ne saurait pas plus garantir une protection suffisante et les retraités, chômeurs et précaires pourraient se voir proposer des contrats beaucoup plus coûteux.

Les mandats issus du congrès de Rennes 2018 pour le SNES-FSU et de Clermont Ferrand de 2019 pour la FSU se prononcent pour une politique ambitieuse de santé publique qui revienne sur les régressions imposées (déremboursements, franchises, forfait hospitalier) et qui couvre tous les besoins pour atteindre à terme un taux de remboursement de 100 % des soins médicaux prescrits. Ils réaffirment la nécessité d'une reconquête de la Sécurité Sociale dans l'esprit de sa création « cotiser selon ses moyens recevoir selon ses besoins ». Il est urgent de déconstruire l'idée d'une Sécurité Sociale passiviste auprès des actifs et des retraités.

La prise en charge à 100 % par la Sécu pour toute la population reste la meilleure alternative.

*ANI : accord national interprofessionnel (Janvier 2013)

**DGAFP : direction générale de l'administration et de la fonction publique

***CASA : Contribution additionnelle de solidarité (2013)

Anne-Marie Roussel

Perte d'autonomie : pour le 100 % Sécu

Le gouvernement tergiverse : il reconnaît la nécessité de se préoccuper de la perte d'autonomie, mais veut éviter d'y mettre les moyens indispensables. La loi « grand âge et autonomie », promise depuis 2018, vient encore d'être reportée. L'ex-ministre Michelle Delaunay, à qui l'on doit la déjà très imparfaite « Loi d'adaptation de la société au vieillissement » doute même qu'elle puisse être présentée avant la fin du quinquennat, selon ce qu'elle a déclaré au journal Sud-Ouest du 6 mars. Selon elle, elle coûterait trop cher et risquerait de donner à penser qu'après avoir confiné les jeunes pour protéger les personnes très âgées, on privilégie encore « les vieux » !

Dans le même temps, la loi de financement de la Sécurité sociale de 2020 instaure une 5^{ème} branche, à côté des branches maladie, vieillesse, famille et accidents du travail. Elle serait dédiée au seul financement de la perte d'autonomie. Nous combattons fermement cette mesure.

La perte d'autonomie doit être incluse dans la branche maladie.

En effet, la perte d'autonomie peut survenir à la suite d'un accident, d'une maladie, voire dès la naissance. C'est un accident de la vie qui doit être pris en charge comme tous les autres accidents de la vie, dans le cadre de la branche maladie. Ceci garantit le respect des principes fondateurs de la Sécu : l'universalité des droits, la solidarité entre tous les citoyens quels que soient leur âge, leur situation de famille, leur état de santé ou leur situation de travail. Ce que l'on résume par cette formule de Jules Guesde : « *De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* ».

En créant une 5^{ème} branche uniquement dédiée à la perte d'autonomie, l'État renonce à ces principes. Le financement de cette branche, encore flou actuellement, risque de reposer essentiellement sur une augmentation de la CSG ou par l'instauration de nouvelles taxes spécifiques à l'image de la CASA (Cotisation

additionnelle de solidarité pour l'autonomie, versée par les seuls retraités imposables). Quant à sa gestion, elle est confiée à la CNSA (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie), dans laquelle les organisations représentatives n'ont pas vraiment de place. Cette même CNSA suggère, dans un avis de son Conseil d'administration, de créer une tranche supplémentaire de CSG payée par les seuls retraités, et « n'exclut pas » de recourir aux financements privés, notamment par les sociétés d'assurance. La branche « autonomie » s'annonce ainsi moins solidaire, moins universelle, gérée moins démocratiquement... sans compter la tentation de s'en servir comme modèle pour organiser la protection sociale par strates d'âge ou par type de population. En arriverons-nous à accepter de faire financer les dépenses de maladie par les seuls malades ou de calculer les cotisations en fonction du risque ? De ce projet-là, nous ne voulons pas !

Pour une prise en charge par la Sécu.

Ce que nous voulons, au contraire, c'est une prise en charge de la perte d'autonomie dans un système obligatoire, universel et solidaire, ne dépendant ni de l'âge, ni de la situation, ni des ressources de la personne, ne négligeant pas la prévention et couvrant tous les besoins en matière de soins physiques et psychiques, d'aide à la vie quotidienne, que ce soit à domicile ou en établissement. Cela nécessite un vaste service public de l'aide à l'autonomie, avec des personnels formés, compétents et rémunérés à la hauteur de leur utilité sociale. Nous voulons un financement de la perte d'autonomie à 100 % par la Sécurité sociale, avec une augmentation des ressources de cette dernière, ressources restant basées sur des cotisations sociales élargies à tous les revenus.

Sylvie Chardon

