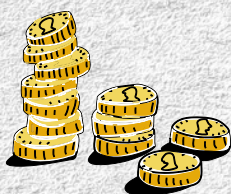


Les MAUX de la Sécu ^{n°6}

Partout sur la planète, un même danger pèse sur nos systèmes de santé et sur notre Sécurité sociale en France : la mainmise du capital. Les logiques de profit, la financiarisation des laboratoires, la course à la rentabilité des services de santé, la privatisation des soins et la réduction des moyens publics transforment la santé en marché libéral.

PARLONS CHIFFRES



SITUATION FINANCIÈRE GLOBALE

Chiffres annoncés :

2024

**-15 MILLIARDS D'€
DE DÉFICIT**

2025

-23 MILLIARDS D'€ :

**Explosion du déficit
+ 49 % en 1 an !**

2026

-17,5 MILLIARDS D'€

Objectif 2030 : équilibre nécessitant 18,3 Md€ d'efforts cumulés

Il faut savoir que ce que l'État et les gouvernements appellent le « déficit » de la Sécurité sociale est en réalité une vision purement comptable. Aujourd'hui, la Sécurité sociale souffre surtout d'un déficit de recette pour répondre aux besoins. Plutôt que de parler de déficit, on devrait plutôt parler de privation de moyens.

Comme le démontrent les chiffres cités plus haut, les 23 Md€ qui manqueraient pour faire face aux dépenses ne s'expliquent ni par un problème démographique ni par un manque de responsabilité des patients, mais uniquement par un manque de financement via la cotisation sociale dite « patronale ». Les exonérations de cotisations sociales dites patronales représentent environ 75 Md€, soit un tiers du fameux « trou de la Sécu ». **Cela signifie qu'avec une réduction d'un tiers de ces exonérations, on éliminerait ce déficit, et qu'en arrêtant 100 % des exonérations, il resterait à la Sécurité sociale environ 50 Md€ supplémentaires pour renforcer ses moyens.**

Ces moyens permettraient, par exemple :

- de revenir à une retraite à 60 ans avec 37,5 annuités (années après le bac comprises),
- d'augmenter les moyens de prise en charge des patients,
- de renforcer l'hôpital public et les centres de soins publics,
- et de développer un pôle public de la santé ainsi que des industries et services de santé.

2 POINTS MARQUANTS DE L'AUSTÉRITÉ DU PLFSS 2026

1. LE GEL DES PRESTATIONS 2026 (ÉCONOMIE 3,6 MDE)

Aucune revalorisation au
1er janvier 2026 pour :

- Les pensions de retraite,
- Les pensions d'invalidité,
- Les prestations familiales,
- RSA, AAH, ASPA,
- Allocations de solidarité.



Le gouvernement ment quand il affirme que « les retraités ont mieux préservé leur pouvoir d'achat ». Il s'appuie sur un taux d'épargne plus élevé des retraités... ce qui prouve justement qu'ils n'ont pas assez pour vivre et qu'ils tentent d'économiser pour faire face aux dépenses imprévues (médecins, médicaments, logement).

**LE GEL 2026 =
perte sèche de pouvoir d'achat en pleine inflation**

**Retraité pension :
1 500 €**



**PERTE DE 180
À 300 € PAR AN**

**Allocations aux
familles : 400 €
par mois**



**PERTE DE 600 €
PAR AN**

**Allocation aux
adultes handicapés :
900 € par mois**



**PERTE DE 150 À 250 €
PAR AN**

2. L'ASPHYXIE DE LA SANTÉ - ONDAM

(Objectif national de dépenses d'assurance maladie)

(ÉCONOMIE 7,1 MDE)

DOUBLEMENT DES FRANCHISES :

(ÉCONOMIE 2,3 MDE)



Avant 2026

Médicaments : 1€/boîte (plafond 50€/an)
Consultation : 2€ par acte
Transport : 4€

Après 2026

Médicaments : 2€/boîte (plafond 100€/an)
Consultation : 4€ par acte
Transport : 8€

Les patients paient plus, alors que 20% des Français n'ont déjà pas de mutuelle.

Exemple dans la vie de tous les jours :



AVANT
Franchise :
50 €/an

APRÈS
Ordonnance diabète..... : 6 €
(3 boîtes)
Visite cardiologue..... : 4 €
Consultation dentiste.... : 8 €
(2 détartrages)
Visites médecin.....4x4€ : 16 €
(visites paramédicales)
Dispositifs médical..... : 10 €
(bas de contention,
pansements)

TOTAL des dépenses
sur une année = 528 €
soit 44 € par MOIS !

Pour l'instant, il y a un flou gouvernemental sur la prise en charge lorsque le plafond de 350 € est atteint. Le doublement des franchises va faire payer davantage les patients, sachant que 20 % des Français n'ont pas de mutuelle, car elles sont trop chères. Résultat : avec une couverture de la Sécurité sociale toujours moins efficace, les plus pauvres abandonneront les soins, ce qui engendrera une dégradation de leur santé. Le système de médecine à deux vitesses est déjà une réalité invisible, mais il va devenir de plus en plus évident.

ATTAQUE CONTRE LES ARRÊTS MALADIE

(ÉCONOMIE 600 MILLIARDS D'EUROS)

Mesure 1 : Limitation des indemnités journalières (IJ)

ALD non exonérantes : de 1 095 jours à 360 jours max sur 3 ans.
Application du délai de carence à chaque nouvel arrêt.

Dans la vraie vie : Patient diabétique ("ALD non exonérante")



AVANT :

Indemnités journalières illimitées jusqu'à guérison réelle 95 jours IJ en 3 ans (36 mois continus possible).

APRÈS

Maximum 360 jours en 3 ans (12 mois continus max) + délai carence s'il a un 2ème arrêt.

LA VOLONTÉ DU GOUVERNEMENT EST DE FORCER LES SALARIÉS MALADES À RETOURNER AU TRAVAIL AVEC LE RISQUE D'AVOIR UNE AGGRAVATION DE LEUR ÉTAT DE SANTÉ !

Mesure 2 : Limitation AT-MP à 4 ans

AVANT :

Peut avoir 1 095 jours IJ en 3 ans (36 mois continus possible).

APRÈS

Maximum 4 ans, puis consolidation forcée même si le malade n'est pas guéri.

Retour forcé au travail des salariés malades : maximum 4 ans de versement d'IJ AT-MP, puis consolidation forcée. Après 4 ans, même si la personne n'est pas guérie, elle bascule en « incapacité permanente » et perçoit donc une rente inférieure. À savoir, la loi prévoit que la décision de consolidation après 4 ans serait non contestable.

Dans la vraie vie : Ouvrier opérateur de production de l'industrie chimique gravement brûlé lors d'un accident :



Avant : IJ jusqu'à guérison/consolidation réelle (5-7 ans)

Après : IJ 4 ans max, puis forcément consolidé à 4 ans, et cela même si l'opérateur n'est pas vraiment guéri.



LA REVENDICATION :

EN FINIR AVEC LES LOIS DE FINANCES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE !

La Sécurité sociale est, depuis sa création, attaquée par le patronat et par nos gouvernements.

1991 marque un premier virage qui tourne le dos au socle fondateur de la Sécurité sociale : la protection des travailleurs, est assurée, non pas en fonction de leurs moyens, mais de leurs besoins. Le PCF, avec son ministre du Travail communiste Ambroise CROIZAT, met en place la cotisation sociale prélevée sur le salaire : « On socialise le salaire pour universaliser la réponse aux besoins. »

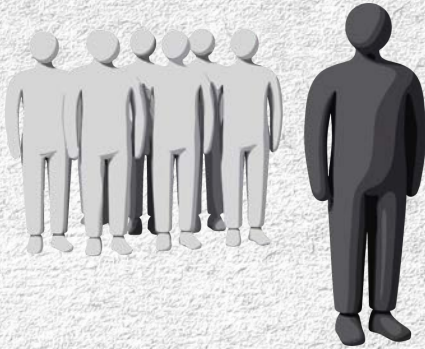


En 1991, un gouvernement socialiste ouvre la première brèche de cette doctrine au service de la protection universelle, Michel Rocard fait entrer l'impôt (avec la CSG) dans le financement de la Sécurité sociale. Vient ensuite Alain Juppé, qui achève le travail d'étatisation des budgets de la Sécurité sociale avec l'arrivée, en 1996, de la première loi de financement de la Sécurité sociale.

Avec la Contribution Sociale Généralisée et la Loi de Financement de la Sécurité sociale, on casse, sans le dire, la doctrine protectrice de la Sécurité sociale, qui ne répondra plus aux besoins sans condition, mais en fonction d'une loi de financement d'économies budgétaires, dont le seul but sera de casser la cotisation pour la remplacer par la taxe et l'impôt.

Ce ne sont plus les travailleurs qui gèrent leur protection mais l'institution Étatique.

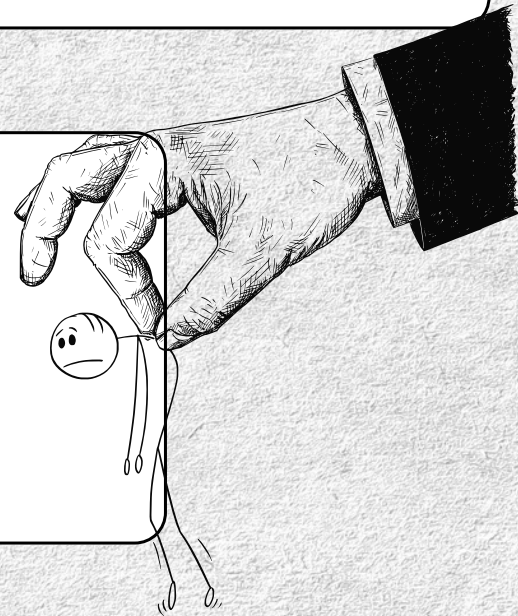
DE L'UNIVERSALITÉ À L'INDIVIDUALITÉ



En affaiblissent notre Sécurité sociale dans son financement mais aussi dans son fonctionnement, l'Etat tue l'universalité, fondement de notre modèle social.

La Sécurité sociale, à la sortie de la Seconde Guerre mondiale, a voulu rendre réalité l'universalité contre l'individualité imposé par le capitalisme.

Effectivement, le capitalisme se fonde sur le principe que chaque individu ou groupe défend son intérêt personnel, le chacun-pour-soi, l'individualité, basée sur le seul « mérite ». Le capital ignore les inégalités naturelles des chances. Pour lui, les plus forts s'en sortent, les plus faibles crèvent dans le fossé. Une sorte de tri humain où les plus faibles, faute d'être aidés, sont au contraire mis à la marge de la société capitaliste, car considérés comme un fardeau, pire encore comme un coût économique dont le capital ne peut s'embarrasser.



Dans le « jeu » de la vie chaque individu ne part pas avec les mêmes cartes en main et le « mérite » seul ne compense ni la maladie, ni un accident, ni une naissance dans un milieu défavorisé.

La Sécurité sociale, au contraire, corrige ces écarts et garantit à chacun des droits, quel que soit son point de départ et/ou les accidents de la vie.



**SÉCURITÉ
SOCIALE**
DROITS POUR
TOUS



**LOGIQUE
CAPITALISTE**
TRI HUMAIN

LE 100 % SÉCU DEVIENT UNE NÉCESSITÉ !

Plutôt que de laisser ce marché aux mains du privé, il faut choisir un modèle qui protège réellement : remboursement intégral de l'ensemble des soins prescrits par la Sécurité sociale, financé exclusivement par les cotisations sociales, sans reste à charge, et sans mutuelles lucratives au service des actionnaires.



Le 100 % Sécu, c'est rendre inutile le financement parallèle par les assurances privées ; c'est éviter que les travailleurs paient deux fois, via leurs cotisations puis via des primes d'assurance.

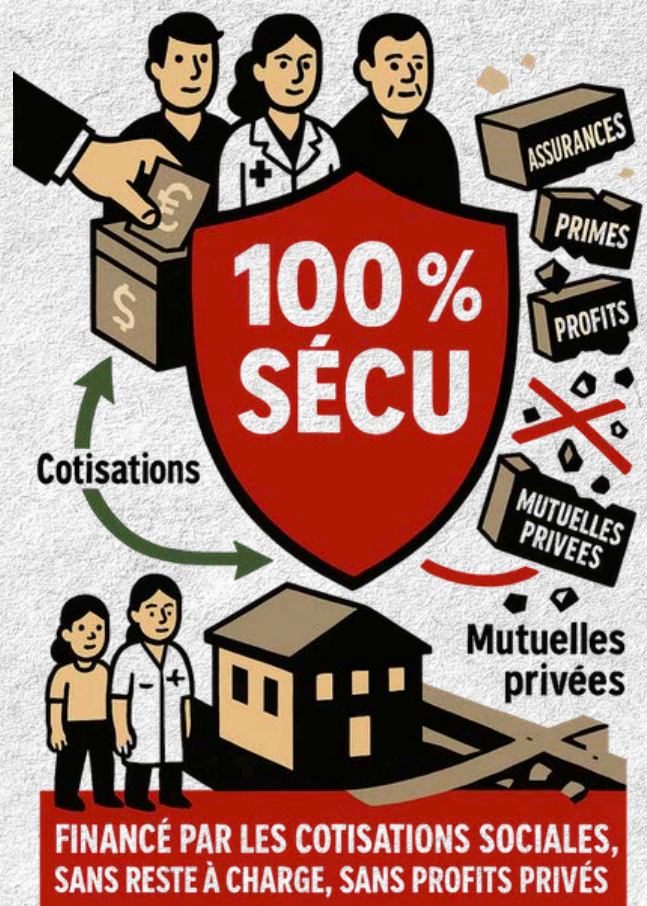


C'est refuser le tri social, proposer les jours heureux en poursuivant les principes fondateurs du CNR.



C'est aussi un choix économique : l'argent investi dans le soin est réinjecté dans la santé publique, non dans les profits.

En remplaçant la solidarité au cœur du système, le 100 % Sécu renforce un bouclier efficace, protecteur des travailleurs et de leurs familles contre l'exploitation capitaliste.



PAS TOUCHE À MA SÉCU !



LA SÉCU,

VITALE

POUR TOUS !