



Un **BUDGET**
de la **Sécurité Sociale**
Pour sortir de la crise sanitaire
et satisfaire les besoins des
populations

Au moment où le gouvernement et le Medef multiplient les projets de destruction de la Sécurité Sociale, où F. Bayrou annonce une nouvelle ponction de 5 milliards d'euros sur la santé, à travers le doublement des franchises et une attaque contre les affections de longue durée et les arrêts de travail, les organisations signataires, parties prenantes du Tour de France pour la Santé et partenaires, ouvrent le débat autour d'un texte et de propositions pour une Sécurité Sociale répondant aux besoins. Ce qui fait suite à des échanges et un travail collectif de plusieurs mois sur des alternatives de financement et d'organisation démocratique de la Sécurité Sociale pouvant rassembler.

Elles invitent à poursuivre ce débat en multipliant les initiatives

80 ans après sa création, la Sécu est encore à nous. Elle doit être défendue, mais elle doit redevenir une idée neuve au service du droit à la santé de tous et toutes, partout sur tout le territoire : une Sécurité Sociale solidaire et universelle, prenant en charge intégralement à 100% les frais de santé prescrits, dans un périmètre élargi et défini selon les besoins des populations, sans aucune condition ni discrimination, gérée démocratiquement, intégrant en son sein l'Aide Médicale Etat.

Le 17 juillet
2025



Flashez
le Qr code
du Tour de France

tour-france-sante-plfss@mailo.com

Notre Sécurité Sociale

c'est le choix de la
solidarité

gérée

par les assuré.e.s sociaux, les citoyen.ne.s et usager.ère.s!



Notre **Sécurité Sociale**

c'est le choix de la **solidarité**

gérée

par les assuré.e.s sociaux, les citoyen.ne.s et usager.ère.s!



Un **BUDGET**
de la **Sécurité Sociale**
Pour sortir de la crise sanitaire
et satisfaire les besoins des
populations

Chaque un cotise selon ses moyens et reçoit en fonction de ses besoins. Voilà le beau principe fondateur de notre Sécurité sociale. C'est ce principe que nos organisations veulent défendre, car il est de plus en plus menacé.

Cette solidarité, qui met en commun une partie du salaire, arrachée au sortir de la guerre au patronat déconsidéré par la collaboration, est un choix de société. Celle d'une société fraternelle, protectrice de tous.tes mais aussi émancipatrice. En effet ce salaire mis en commun pour la solidarité, salaire socialisé, était d'abord géré par les salarié.e.s eux-mêmes.

Face aux attaques, nous voulons défendre la Sécurité sociale et un service public de santé, avec un budget à la hauteur des besoins de la population et des personnels. Mais nous voulons aussi proposer de nouveaux droits, adaptés à l'évolution de la société et aux enjeux de notre siècle : vieillissement de la population, explosion des pathologies chroniques et environnementales, dégradation de la santé mentale, conséquences du changement climatique et des pratiques néfastes pour la santé de l'industrie agro-alimentaire, aggravation des inégalités sociales et territoriales de santé... Nous nous opposons à la pression idéologique du toujours moins de dépenses de santé.

Nous voulons avancer vers une **Sécurité Sociale solidaire et universelle, prenant en charge intégralement à 100% les frais de santé prescrits, dans un périmètre élargi et défini selon les besoins des populations, sans aucune condition ni discrimination, gérée démocratiquement, intégrant en son sein l'Aide Médicale Etat.**

Cela intègre obligatoirement la suppression des dépassements d'honoraires, des forfaits et franchises, une révision des pratiques tarifaires et un débat démocratique sur la définition des besoins de santé.

A. Les attaques contre la Sécurité sociale

1. Le « trou » de la Sécu : un déficit patiemment construit

Dès la création de la Sécurité sociale, les cotisations sociales ont été l'objet d'un affrontement entre l'Etat, le patronat et les organisations syndicales. La CGT notamment revendiquait que les organismes de Sécurité Sociale, gérés à majorité par les représentants des assuré.e.s sociaux puissent eux-mêmes fixer les taux de cotisation pour répondre aux besoins médicaux et sociaux.

Rapidement l'Etat et les organisations patronales ont réussi à prendre la main sur la gestion de la Sécurité Sociale. C'est sciemment que le siphonnage des recettes a été organisé par les gouvernements successifs, notamment depuis 1970, avec l'objectif de diminuer le « coût du travail » par les exonérations de cotisations, non totalement compensées par l'Etat, aggravé par la non-contribution de l'ensemble des richesses produites.

La part des ménages dans le financement de la Sécurité sociale (cotisations sociales, CSG et taxes) est ainsi passée de 34,8% en 1990 à 52,9% en 2021, quand la part des employeurs diminuait elle de 65% à 47% sur la même période*.

Une fiscalisation massive du financement de la Sécurité sociale s'est opérée liée aux compensations par l'Etat des exonérations et à la mise en place de la Contribution Sociale Généralisée (CSG). Elle a aussi pour objectif de rompre le lien entre les travailleur.euse.s et la Sécu. Elle va de pair avec une étatisation grandissante de la Sécurité Sociale. Il n'y a plus d'élection à la Sécurité sociale depuis 1983. La gestion où les salarié.e.s étaient très majoritaires a été remplacée en 1967 par une gestion à parité entre salarié.e.s et employeurs. Depuis 96 avec le plan Juppé, le budget de la Sécurité Sociale est adopté chaque année par le parlement (Loi de Financement de la Sécurité Sociale) avec les dépenses d'assurance maladie déterminées annuellement selon l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM).

Faute de financement suffisant, des politiques austéritaires sont mises en œuvre à coup de milliards d'économies avec des conséquences néfastes pour la population. On passe d'une politique de réponse aux besoins sociaux à une politique de l'offre de soins et de services, régie par l'austérité, l'ouverture à la concurrence, la privatisation et une financiarisation galopante. Ce sont des secteurs entiers comme la radiologie, la biologie, la chirurgie ambulatoire et certaines spécialités qui basculent progressivement dans le giron des fonds de pensions guidés par le seul impératif du rendement.

Les territoires et les activités les moins rentables sont laissés à l'abandon. Les inégalités sociales de santé et d'accès aux soins et à la prévention s'aggravent.

La part prise en charge par l'assurance maladie diminue, avec les franchises, les forfaits hospitaliers, les dépassements d'honoraires, les taxes d'hôtellerie..., mais aussi les délais de carence en cas d'arrêt de travail, la baisse des indemnités journalières. On habitue les usager.es à payer une partie de leurs soins. Le reste à charge est important. Les tarifs des complémentaires augmentent fortement sous l'effet des

baisses de remboursement, des transferts de la Sécurité sociale, des taxes sur les cotisations des adhérent.e.s, et de la part croissante de l'assurantiel privé dans le marché des complémentaires.

45% des personnes interrogées dans la dernière enquête IPSOS 2025 renoncent aux soins pour des raisons financières. De plus en plus, seuls celles et ceux qui ont les moyens peuvent se soigner.

En conclusion, il n'y a pas de dérapage incontrôlé des dépenses de Sécurité sociale mais bien un niveau de ressources insuffisant. En 2024, le déficit de la Sécurité sociale est de 15,3 milliards**, dix fois moins que le déficit de l'État (169,8 milliards en 2024).

* Source Drees-Comptes de la protection sociale, INSEE-Comptes nationaux annuels et trimestriels

** Projet de loi d'approbation des comptes de la Sécurité Sociale 2024

2.Ce qui se trame et ce qu'il faut refuser : les mauvaises solutions du gouvernement

Pour "continuer à baisser le coût du travail" et trouver 40 nouveaux milliards d'euros du plan d'austérité, E Macron, F Bayrou et le patronat préparent une nouvelle offensive de destruction de la Sécu, avec une mesure phare : la TVA sociale.

2.1. La TVA sociale : un financement anti social

La TVA sociale, c'est une nouvelle bascule de la cotisation sociale vers l'impôt et un nouveau pas vers l'étatisation de la Sécurité Sociale. Avec le risque que l'Etat décide d'utiliser les sommes perçues pour autre chose que la protection sociale, par exemple, pour sa politique de réarmement...

La TVA est l'impôt le plus injuste puisqu'il n'est pas progressif. Riches et pauvres le payent au même taux. Elle entraînera une hausse des prix de consommation qui pèsera plus sur les ménages à faible revenu.

Dans ce cadre, un point de TVA sociale c'est 14 milliards d'euros de cotisations* en moins payées par les entreprises, qui seront payées par les consommateur.trice.s. Concrètement, il s'agit d'une baisse du salaire socialisé.

* Estimation Ministère des Finances

2.2. Majoration de la Contribution Sociale Généralisée (CSG)

La Contribution Sociale Généralisée (CSG) est un impôt affecté au financement de la protection sociale en remplacement de la baisse des cotisations sociales, essentiellement patronales. Elle repose exclusivement sur les ménages. Elle est très peu progressive, ce qui en fait un impôt injuste et non redistributif. De plus seuls 11% de la CSG* proviennent des revenus du patrimoine et des placements. En 2026, le gouvernement envisage d'augmenter la CSG.

* Source : rapport CCSS 10/2024

2.3. La fusion des budgets de la Sécurité Sociale et de l'Etat

Si la Sécurité sociale devait être financée totalement par des impôts (CSG, TVA...) et ses dépenses déterminées par une loi de financement fusionnée dans le budget de l'Etat, la Sécurité Sociale perdrait ainsi toute indépendance pour devenir une simple variable d'ajustement du budget de l'Etat. Cela favoriserait encore plus son remplacement par des assurances privées.

2.4. Le bouclier sanitaire

Il consiste à instituer pour l'ensemble de la population, une somme non remboursée par la Sécurité Sociale à la charge de l'assuré.e jusqu'à un plafond. Celui-ci pourrait être défini en fonction des revenus. Au-delà de ce plafond annuel, la Sécurité sociale prendrait en charge à 100% les soins de ville ou hospitalier remboursables par l'assurance maladie. Les dépassements tarifaires et d'honoraires ne seraient pas pris en charge. Les ALD (Affections de longue durée) seraient supprimées.

Ce système risque de pénaliser les personnes les plus malades en leur imposant une dépense conséquente et surtout remettrait en cause les principes d'universalité et de solidarité de la Sécurité sociale (« de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins »).

2.5. Limitation des prises en charge au « gros risque »

Cette proposition limiterait la prise en charge de la Sécurité au « gros risque » comme par exemple l'hospitalisation ou certaines affections de longue durée... Le reste serait à la charge des assurés.e.s qui pourraient contracter des assurances complémentaires coûteuses pour les soins considérés comme moins indispensables. Ceux et celles n'ayant pas les moyens de prendre ces assurances devraient payer leurs soins et risquent alors d'abandonner toute démarche de prévention. La division entre gros et petit risque s'oppose à une conception globale de l'individu et de sa santé et s'inscrit dans une démarche totalement assurantielle.

2.6. Coupables d'être malades, la remise en cause des Affections de Longue Durée (ALD)

Le régime des ALD permet actuellement à plus de 14 millions de Français* atteints de pathologies chroniques ou invalidantes de bénéficier d'une prise en charge à 100 % des soins liés à leur maladie et remboursables par l'Assurance maladie. Cela ne prend pas en charge, de fait, dépassements d'honoraires et de tarifs, forfaits, franchises, chambre particulière...

Même s'il est protecteur, ce dispositif laissait en 2021, après remboursement de la Sécurité Sociale, un reste à charge moyen pour un.e patient.e en ALD, 1,8 fois plus élevé que celui des autres patient.e.s** Pourtant le gouvernement a annoncé début juin sa volonté de limiter encore les ALD.

Plusieurs dispositions sont évoquées dont :

- o La sortie du statut d'ALD pour les patients en rémission et la limitation des remboursements aux seuls actes directement liés à la pathologie reconnue, avec un contrôle plus strict de la pertinence médicale des soins.

- o L'instauration d'un ticket modérateur ciblé introduisant une participation financière modulable selon la nature des soins, tout en ménageant des exonérations pour les actes essentiels.

Là encore, les plus malades seraient pénalisés.e.s.

* Source assurance maladie

** Rapport charges et produits de la CNAM pour 2026

B. La privatisation et la financiarisation du système de santé

Des grands groupes financiers investissent aujourd'hui dans la santé et le prendre soin avec un objectif unique de rentabilité : dans des cliniques et EHPADs, des centres médicaux, optiques, audioprothésistes et dentaires, ou de médecine générale. Des entreprises à but lucratif développent depuis des années les services d'aide à la personne, profitant du « marché » de la perte d'autonomie.

Les secteurs faisant le plus de profit sont concentrés entre les mains de grands opérateurs privés, comme la biologie, la radiologie ou la télémedecine.

Certaines entreprises comme Doctolib qui a le quasi-monopole de la prise de rendez-vous, investissent dans le secrétariat, les logiciels médicaux et la télémedecine.

La taille des opérateurs privés leur permet de rester concurrentiels et de s'imposer. Le secteur privé coûte cher à l'utilisateur et à l'Assurance maladie. Il prend appui sur les difficultés du service public pour s'emparer de parts de marché. Il gagne petit à petit du terrain sur des activités et surtout des activités à moindre coût de fonctionnement. Il est ainsi passé en 10 ans de 25 à 35% de l'offre de soins hospitalière*. Il contribue à l'affaiblissement du service public tout en laissant à celui-ci le soin d'assurer la permanence des soins et la réponse à l'ensemble des besoins de santé de la population.

Si on laisse ce mouvement s'accroître, pendant que la Sécurité sociale perd son indépendance et ses ressources socialisées, le système de santé va se privatiser à grande vitesse et enrichir les grands groupes financiers tout en ruinant le service public. Avec le risque d'abandon brutal d'activité, de spécialités ou de territoires non rentables.

*Article SNCS-FSU P.Laville « Financiarisation du système de santé : quelles conséquences sur le service public et le droit à la santé ? »

C. Pour la sécurité sociale : un financement socialisé, à la hauteur des besoins, définis démocratiquement, c'est possible !

Nous voulons revenir au principe fondateur du financement par la cotisation sociale, c'est à dire une part du salaire mise en commun pour financer de manière solidaire l'ensemble des risques sociaux. Une cotisation sociale gérée par les citoyen.ne.s, usager.ère.s et assuré.e.s sociaux eux-mêmes, en fonction des besoins.

Et comme la Sécurité sociale est d'abord malade de l'insuffisance de ses recettes, nous concentrons nos propositions sur celles-ci, et sur le champ de la santé, qui est le domaine du Tour de France pour la santé. Nous n'ignorons pas que des économies de dépenses peuvent et doivent être faites, autour de l'explosion

des prix des médicaments imposés par l'industrie pharmaceutique et de la main-mise de la finance sur l'organisation du soin qui pillent notre Sécu, autour des stratégies d'examens redondants, autour de la sur-prescription ...

Notre cadre général, c'est d'abord de faire de la cotisation sociale le cœur du financement de la sécurité sociale, d'augmenter la cotisation sociale, d'augmenter le salaire socialisé, et de diminuer la fiscalisation (CSG, CRDS, TVA...) qui pèse surtout sur les ménages.

Le rythme de cette évolution dépend avant tout de nos mobilisations, de notre capacité à l'imposer.

**Pour défendre un financement à la hauteur des besoins,
nous mettons en débat les propositions suivantes :**

1- Augmenter les salaires, embaucher pour les besoins sociaux

Depuis les années 80, la part des salaires dans la richesse produite en France a baissé de dix points en faveur du capital. Ce recul des salaires dans le partage des richesses a eu pour effet massif une baisse du financement de notre protection sociale.

Avec les taux de cotisation actuels, 1% d'augmentation des salaires représente autour de 4,9 milliards d'euros de cotisations en plus. *

100 000 chômeurs en moins, c'est près de 2,4 milliards d'euros de recettes en plus.

* Source : calcul effectué à partir des données agrégées INSEE pour la masse salariale totale et URSAFF et Assurance Maladie pour les taux de cotisations

2- Réaliser l'égalité salariale entre hommes et femmes

Selon l'Insee, en 2022, les femmes gagnaient en moyenne 15,4 % de moins que les hommes, et selon la Drees, en 2021, la retraite des femmes est en moyenne de 40% inférieure à celle des hommes.

Réaliser l'égalité salariale ferait rentrer chaque année 5 milliards d'euros supplémentaires dans les caisses de Sécurité Sociale*

* Chiffres du Haut Conseil à l'Egalité

3 - Supprimer les exonérations de cotisations sociales

Les exonérations de cotisations sociales aux entreprises représentaient **89,0 Milliards en 2023**, soit une hausse de 7,6 % par rapport à 2022*. Elles sont compensées en très grande partie par l'Etat, mais 2,6 milliards d'euros ne l'étaient pas*.

Elles ont été multipliées par 4 en 10 ans.**

Ces exonérations ne permettent pas de développer l'emploi. France stratégie évaluait l'impact du Crédit d'Impôt pour la Compétitivité et l'Emploi (CICE) au maximum à 100 000 emplois sauvés, au lieu du million promis par les gouvernements et le MEDEF. La transformation du CICE en allègement pérenne de cotisations sociales en 2019 n'a qu'un effet marginal pour l'emploi et les salaires pour un coût abyssal.

Elles incitent les employeurs à maintenir des bas salaires sur lesquels se concentre la majorité des exonérations.

De plus, la compensation de ces exonérations par l'Etat pèse sur les ressources de celui-ci et par contre coup sur l'éducation, la culture, la justice...

* Source rapport commission des comptes de la Sécurité Sociale Mai 2024

** Source rapport de la Cour des comptes du 26 mai 2025

4- Supprimer les exemptions de cotisations sociales

Le montant annuel de ces exemptions est évalué à 14,5 milliards d'euros en 2024*.

Le gouvernement multiplie les exonérations et allègements de cotisations auxquelles les entreprises sont assujetties. Mais il multiplie aussi les exemptions de cotisations. En clair, certains revenus salariaux ou non échappent à l'assiette des cotisations. C'est par exemple le cas des primes, des heures supplémentaires, des chèques vacances, des chèques déjeuner, de la prévoyance et des complémentaires payées par l'entreprise, de l'épargne salariale d'entreprise, ou des retraites chapeaux et autres Golden parachutes des PDG.

De plus, ces éléments de rémunération exemptés ne sont pas comptabilisés pour les indemnités journalières, le chômage et le calcul de la retraite et réduisent les droits.

* Source Annexe 4 PLFSS pour 2025 – page 7

5. Augmenter la part patronale des cotisations sociales

Un point en plus rapporterait entre 4,8 milliards et 7,6 milliards d'euros.

Augmenter la part patronale des cotisations sociales pour baisser d'autant la CSG payée exclusivement par les ménages. La mission flash sur le financement des retraites, demandée par F Bayrou, a reconnu elle-même que la majoration du taux de cotisation sociale d'un point rapporterait entre 4,8 milliards et 7,6 milliards d'euros par an, avec effet immédiat souligne-t-elle... Piste qu'elle écarte aussitôt, "comme alourdissant le coût du travail ».

6. Lutter la contre la fraude des entreprises, des établissements de santé et des professionnels

A l'opposé des campagnes gouvernementales qui visent à culpabiliser les malades, nous défendons la lutte contre **la fraude des entreprises aux cotisations (estimée à 10 milliards d'euros par an)**. Nous demandons une politique active contre tout travail dissimulé et de récupération des dettes de cotisations sociales des entreprises

De même nous défendons la lutte contre la fraude des établissements de santé et des professionnels de ville. Celle-ci représente 82% des fraudes sur les prestations détectées en 2024, soit 519 millions sur 628 millions €*.

* Source Ameli, publié le 20 mars 2025

7 – CADES, sortir de la financiarisation de la dette de la Sécu

Faute de financement suffisant, la Sécu est mise en déficit par l'Etat. La CADES, Caisse d'amortissement de la dette sociale, a été créée en 1996. Elle met la dette de la Sécu sur les marchés financiers. Son remboursement et les intérêts d'emprunts sont financés exclusivement par les ménages via la Contribution pour le Remboursement de la Dette Sociale (CRDS) et la CSG. En 2024, la Cades a reçu 19,19 milliards d'euros. Et **elle a versé 3,2 milliards d'intérêts** sur cette somme, alors que déficit de la Sécu cette année-là était de 15,3 milliards d'euros*. La Cades est un excellent placement pour les marchés financiers.

La Cades devait s'éteindre en 2009, puis 2024... Avec la dette Covid, une partie de l'endettement des hôpitaux et des déficits envisagés, 136 milliards d'euros ont été scandaleusement transférés à la Cades en 2020 prolongeant sa durée de vie jusqu'à 2033 **.

La solution pour sortir de cette spirale financière, l'Etat doit prendre les charges qui lui reviennent et surtout le financement de la Sécurité Sociale doit être à l'équilibre et à la hauteur des besoins.

* Annexe 7 Projet de loi d'approbation des comptes de la Sécurité Sociale 2024

** Communiqué Cades du 24 mars 2021

8 – Supprimer la taxe sur les salaires à l'hôpital

Les hôpitaux, les établissements médico-sociaux et les établissements privés à but non lucratif ne paient pas de TVA, les gouvernements ont donc décidé de leur faire payer une taxe sur les salaires. **Près de 5 milliards d'euros annuels ***. En clair de doter les budgets des établissements de santé d'une main, pour leur en retirer immédiatement une partie de l'autre !

La suppression de cette taxe est un objectif à porter dès le PLFSS 2026.

Cela représente des milliers d'embauches pour les hôpitaux ou les EHPADs, l'amélioration de la qualité des soins et des conditions de travail pour les personnels.

* Source données agrégées DGFIP et Sécurité Sociale

9 – Autres propositions en débat dans le mouvement social

1. L'élargissement de l'assiette de cotisations

Il existe deux visions concernant l'augmentation de l'assiette des recettes sociales.

La première consiste à mener une politique des salaires et de l'emploi permettant de réduire de manière réellement efficace le chômage. Pour cela, des investissements publics dans la bifurcation sociale et écologique sont nécessaires. Ils généreraient de nouvelles recettes sociales.

La deuxième, s'appuyant sur le constat de la dégradation de la part du travail dans la richesse produite, propose de taxer les revenus financiers des entreprises qui représentent 33% de leurs revenus. « Cette nouvelle cotisation additionnelle sur les revenus financiers des entreprises (dividendes, intérêts, royalties, loyers) à hauteur de 10 %, rapporterait 50 milliards d'euros puisque ces revenus, en 2023, ont dépassé 500 milliards d'euros » *.

* Le financement, enjeu crucial de la bataille pour les retraites - F. Boccara –Économie et politique - 13 mars 2025

2. La modulation d'une sur-cotisation

La cotisation employeur pour les accidents du travail et les maladies professionnelles (AT/MP) est modulée en fonction du nombre et de la gravité des accidents et maladies professionnels survenus. Elle varie aussi en fonction des branches et du nombre de salariés de l'entreprise. Cette modulation vise à encourager les entreprises à mettre en place des politiques de réduction des accidents du travail et des actions de prévention.

Ce type de modulation des cotisations patronales pourrait, dans le cadre du régime général de la Sécurité Sociale, favoriser des objectifs et des engagements écologiques, sociaux, sanitaires évidemment et d'égalité salariale hommes-femmes, ou à l'opposé pénaliser les groupes qui licencient, alors qu'ils engrangent des profits et distribuent des dividendes, ou ne respectent pas le droit du travail. On pourrait alors peser différemment sur les petites entreprises et sur les grands groupes industriels ou financiers, et favoriser la contribution au développement territorial.

Pour que cette modulation ne soit pas un levier pour de nouvelles baisses de cotisation déguisées, elle doit être sous le contrôle d'une Sécurité Sociale gérée démocratiquement par les salariés eux-mêmes, qui en définiraient les critères.

E. En conclusion, nous voulons :

- Une Sécurité sociale en fonction des besoins, solidaire et universelle, prenant en charge intégralement à 100% les frais de santé prescrits, dans un périmètre élargi et redéfini selon les besoins des populations et non des intérêts privés dans la santé, sans aucune condition ni discrimination, intégrant en son sein l'Aide Médicale d'État.

- Une Sécurité Sociale démocratique, du local au national, cela veut dire des élections et la définition du budget par les assurés sociaux, les personnels et la population.

Cette Sécurité sociale concernera toutes les personnes présentes en France, sans aucune condition ni discrimination, en intégrant en son sein l'Aide Médicale d'État, système d'exception qui maintient l'inégalité de l'accès à la santé et exclut les plus pauvres.

La santé est un droit, un bien commun et non une marchandise.

Une protection sociale du 21^{ème} siècle concernera évidemment la santé, la perte d'autonomie, les accidents du travail, les maladies professionnelles, mais aussi la retraite, le chômage, la famille. De nouveaux pôles de couverture sociale et de prévention seront développés pour faire face aux risques du travail et environnementaux, de nouvelles pistes sont en débat comme la sécurité sociale de l'alimentation.

La Sécurité sociale à 100% est nécessaire à l'égalité des droits, contre la santé à plusieurs vitesses.

Dans ce cadre, la place des complémentaires santé reste à définir dans une mutualité sortant des règles de la concurrence, investissant dans la prévention, les aides et soins à domicile, les centres de santé, le médico-social.

Le savoir-faire des travailleurs de ce secteur pourrait être un apport pour les caisses de Sécurité sociale qui seront renforcées par une politique massive d'emploi permettant le déploiement de centres locaux dans les quartiers et localités et une politique d'accueil physique mettant fin à la dématérialisation généralisée.

Bien entendu, une Sécurité sociale à 100% sous-entend la mise en place d'un système de santé public fort au niveau national avec des structures hospitalières publiques ou à but non lucratif, la fin de la tarification à l'activité, un secteur social et médico-social public ou à but non lucratif, le retour et le développement d'une réelle politique de secteur public de santé mentale, un service public territorial de santé s'appuyant sur des centres de santé pluridisciplinaires, publics ou non lucratifs, déployés sur tout le territoire, à commencer par les déserts médicaux, avec la fin du paiement à l'acte et la suppression des dépassements d'honoraires, de toutes les franchises, forfaits et taxes... , la transparence, la maîtrise de la production et du prix des médicaments par des entités publique.

Il faut revenir à une gestion démocratique et aux élections aux caisses de la Sécurité sociale, par les citoyen.ne.s, usager.ère.s et assuré.e.s sociaux, du local au national.

Cette démocratisation de la gestion de la Sécurité sociale fera partie d'une démocratisation de la gestion de tout le système de santé et des structures du médicosocial et du social.

Le financement par les cotisations liées au salaire rend logique une reprise de l'administration de la Sécurité sociale par les assuré.e.s sociaux à tous les niveaux, du local au national. Associé.e.s à des représentant.e.s des personnels, des citoyen.ne.s, des usager.ère.s, du système de santé, tous.tes concerné.e.s.

Pour cela, il faut des espaces collectifs sous une forme à définir, au niveau local, régional et national, réunissant des professionnel.le.s, de toute catégorie, de santé, du social et du médico-social, des représentant.e.s syndicaux, des citoyen.ne.s, usager.ère.s et des élu.e.s pour assurer l'évaluation des besoins de santé et participer aux décisions de politiques de santé.

La Sécurité Sociale actrice de la santé des populations !

La Sécurité Sociale ne doit pas se contenter de rembourser des soins et de maintenir les revenus. Elle doit et peut être une ressource essentielle de la prévention et de la santé des populations, avec les assuré.e.s sociaux, les citoyen.ne.s et usager.ère.s, du local au national, prenant en compte la dimension environnementale dans un contexte de réchauffement climatique qui laisse prévoir des catastrophes naturelles, dont des épidémies et de nouveaux besoins de prévention. Elle doit être une voix indépendante pour le contrôle, la transparence, la pharmacovigilance, la définition des besoins et des prix dans les politiques du médicament, dans le cadre d'une solidarité européenne et internationale.

80 ans après sa création, la Sécu est encore à nous. Elle doit être défendue, mais elle doit redevenir une idée neuve au service du droit à la santé de tous et toutes, partout sur tout le territoire. Passer du droit au soin au droit à la santé doit être sa grande affaire !

Syndicats :

Fédération Sud Collectivités Territoriales, Fédération Sud Santé Sociaux, Fédération Syndicale Unitaire, Solidaires Etudiant.e.s, Syndicat de la Médecine Générale, Syndicat des Jeunes Médecins Généralistes, Syndicat National des Infirmier(e)s Conseiller(e)s de Santé-FSU, Syndicat National des Personnels de l'Education et du Social-PJJ-FSU, Syndicat National Unitaire des Assistants Sociaux de la Fonction Publique-FSU, Union Fédérale Médecins Ingénieurs Cadres et Techniciens-CGT, Union Nationale des Etudiants de France, Union Nationale Interprofessionnelle des Retraité.e.s Solidaires, Union Syndicale des Professionnel.le.s de Centres de Santé, Union Syndicale de la Psychiatrie, Union Syndicale Solidaires, Sud Santé Sociaux d'Indre et Loire, Sud Santé Sociaux Finistère, Sud Santé Sociaux Maine et Loire-Mayenne, Sud Santé Sociaux Nord.

Mutuelles :

Alternative mutualiste, Mutuelle des Pays de Vaucluse

Associations, collectifs, comités :

Act Up Sud-Ouest, Appel des Appels, Association des Médecins Urgentistes de France, ATTAC France, Cerises La Coopérative, Collectif des Médecins Généralistes pour l'Accès aux soins, Collectif National pour les Droits des Femmes, Conseil National de la Nouvelle Résistance, Coordination des Associations pour le Droit à l'Avortement et à la Contraception, Fédération Générale des Retraité.e.s de la Fonction Publique, Femmes égalité, Femmes Solidaires, Fondation Copernic, Médicament Bien Commun, Mouvement de la Paix, Notre Santé en Danger, People's Health Movement, Printemps de la Psychiatrie, Réseau des Centres de Santé Communautaires, Résistance Sociale, Stop précarité, Union Nationale des retraités et personnes âgées, Collectif 37 Notre Santé en Danger, Collectif Santé Chablais, Collectif Santé du Havre, Collectif Santé Pays-Haut (54), Collectif Tenon pour le Droit à l'IVG, Comité de défense de l'hôpital de Concarneau, Comité de défense des hôpitaux du Nord Essonne, Comité Ivryen pour la Santé et l'Hôpital public, Comité de Vigilance des Services publics de Haute-Saône, Collectif Santé Voironnais, L'esprit Vitry, Le Manifeste Comité de St Affrique-Millau

Organisations politiques :

ENSEMBLE !, Gauche alternative réseau coopératif, Gauche Ecosocialiste, Génération.s, L'APRÈS, La France Insoumise, NPA l'Anticapitaliste, Parti Communiste des Ouvriers de France, Parti de Gauche