

Note FSU, perte d'autonomie, hôpital public et financement de la sécurité sociale.

La FSU doit être attentive à lier l'ensemble des dossiers de protection sociale que le gouvernement mène séparément : perte d'autonomie, système hospitalier mais aussi financement de la protection sociale.

Le gouvernement a pris un certain nombre de mesures pour limiter les effets économiques et sociaux du confinement. Ces mesures sont nécessaires, du point de vue économique, comme le seront les éventuelles mesures de relance de l'activité, à conditions qu'elles satisfassent aux exigences portées par la pétition « Plus jamais ça, préparons le jour d'après ». Mais les modalités de financement de ces mesures exceptionnelles mettent en danger ce système de protection social qui doit pourtant être renforcé.

Cette note vise à donner quelques éléments sur les points suivants :

- Perte d'autonomie, ehpad et aide à domicile
- Hôpital public et organisation du système de soins
- Enjeux du financement de la sécurité sociale

Décisions financières et fiscales et avenir de la protection sociale

En préambule aux trois chapitres annoncés, une mise en perspective semble importante.

Il n'est bien évidemment pas question de limiter le système de protection sociale à son utilité macro économique. C'est aussi et avant tout un projet de société. Mais l'aspect économique étant mis en évidence actuellement, il est important de le rappeler pour aussi montrer comment il peut être instrumentalisé par le gouvernement.

Dans toutes les périodes de ralentissement de l'activité économique, le système de protection sociale joue un rôle « d'amortisseur » ou de « stabilisateurs automatiques » : la baisse de l'activité économique entraîne généralement une hausse du chômage et consécutivement des dépenses en indemnités chômage ; ce qui limite les baisses de pouvoir d'achat et soutien la consommation des personnes privées d'emploi. Parallèlement, les ressources de la protection sociale basée pour la plus grande part sur les revenus du travail diminuent. Il en découle un déficit conjoncturel des comptes sociaux qui agit comme un mécanisme - certes limité - de relance ou de soutien de l'activité par déficit budgétaire. Mais dans avec la crise du Covid et le confinement qui a provoqué une baisse sans précédent de l'activité économique nous sommes sur des ordres de grandeur et sur des principes différents. Les mesures de soutien à l'activité et au pouvoir d'achat ont considérablement creusé les comptes sociaux (voir la note sur les enjeux du financement de la sécurité sociale). Or le gouvernement a annoncé que le déficit de la Sécurité Sociale serait repris par la Cades dont la fonction est d'apurer à terme la dette cumulée de la Sécurité sociale, en ponctionnant sur les ressources annuelles de la Sécu.

De même, pour les dépenses liées aux mesures de chômage partiel ou de prolongation de droits, le gouvernement a annoncé que le déficit resterait au passif des comptes de l'Unedic, et devrait être remboursé.

Ces décisions, de faire peser les mesures de soutien à l'économie sur les comptes sociaux hypothèque gravement l'avenir des droits sociaux des travailleurs-euses.

A l'inverse, pour la FSU, ce « déficit Covid » créé par ces mesures doit impérativement être repris dans les comptes de l'Etat pour que la dette soit étalée dans le temps, voire annulée ou « monétisée ».

La dette de l'Etat n'est en effet pas régie comme la dette des organismes de protection sociale. Les « dettes sociales » de ces derniers, autrement dit les dettes des organismes de protection sociale ont pour principe d'être amorties, remboursées, car les comptes sociaux, qui portent sur des dépenses de fonctionnement, doivent être en moyenne équilibrés. Pour la FSU, cet équilibre passe bien évidemment par un niveau de recettes adéquat et non par une restriction des prestations.

La dette de l'Etat est quant à elle perpétuelle : les emprunts d'Etat sont constamment remboursés et renouvelés de sorte que l'Etat n'a pas à rembourser cette dette (mis à part pour les libéraux dogmatiques) et ne prélève sur son budget que pour payer les intérêts, qui pour certaines échéances et période peuvent être négatifs. La dette de l'Etat peut aussi, à certaines conditions être monétisée, ce qui est une manière moderne de faire tourner ce que l'on nommait la planche à billets.

En choisissant de faire porter la dette liée au Covid par les organismes de protection sociale (Sécurité sociale et Unedic), le Président et le gouvernement vont faire porter le coût du confinement sur le système de protection sociale et donc sur les assurés sociaux.

Cette situation est d'autant plus grave que le ministre de l'économie a annoncé qu'il n'y aurait pas de retour à une imposition juste des plus riches.

Sans une reprise des déficits sur la dette de l'Etat, sans étalement sur une très longue période ou annulation de la dette, et sans mesures fiscales de grande ampleur, la protection sociale d'un côté, et les services publics de l'autre vont supporter le « coute que coute » claironné par le Président de la République au tout début du confinement.

Le décalage à l'horizon 2033 de l'apurement de la Cades va entraîner la poursuite d'un prélèvement annuel de 17Md€ sur les comptes de la Sécurité sociale. De nouvelles restrictions vont aussi être demandées à l'Unedic sur le dos des chômeurs.

Ces perspectives financières doivent être revues radicalement pour que les deux dossiers ouverts par le gouvernement aient du sens.

1. La perte d'autonomie, les ehpad, l'aide à domicile

a) Création d'une 5^o branche ?

La perte d'autonomie est l'état durable de la personne entraînant des incapacités pour réaliser les actes de la vie quotidienne. Elle peut arriver à tout âge. C'est la raison pour laquelle, pour la FSU, elle doit être traitée de manière globale et non ségrégative pour le vieillissement, ce qu'induirait la création d'une 5^o branche. Elle relève d'un financement pérenne qui ne soit pas tributaire du budget de l'État ni des ressources des familles. C'est un aléa de la vie au même titre que l'invalidité, la maternité... et de ce fait elle participe d'un financement solidaire. C'est pourquoi, elle doit être financée à 100% par la sécurité sociale, dans la branche maladie, et pas par la création d'une 5^o branche de la sécu comme l'évoque désormais le gouvernement.

Le Gouvernement prévoit d'augmenter le financement de la perte d'autonomie en réorientant, à partir de 2024, 2,3 milliards d'euros de CSG depuis la CADES (Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale) vers la CNSA (Caisse Nationale de la Solidarité pour l'Autonomie). C'est largement insuffisant si l'on en croit le rapport Libault qui prévoyait des besoins de 6

milliards d'euros en 2024 et 10 milliards en 2030. Les organisations syndicales revendiquent, elles, un budget de 12 milliards. (Rappelons que la France est très en retard sur le financement de perte d'autonomie par rapport aux autres pays de l'OCDE). La perte d'autonomie nécessite aussi une vraie politique publique articulant prévention, dépistage et prise en charge solidaire avec un droit universel de compensation de la perte d'autonomie.

Par ailleurs, la question des EHPAD devrait être traitée en même temps que celle des hôpitaux, ils doivent cesser d'être les mouchoirs que l'on a connus dans la crise du coronavirus : cela nécessite un grand plan de recrutement et de formation de personnels en nombre suffisant et rétribué à la hauteur de la valeur du travail fourni. Un grand service public de la perte d'autonomie pourrait sortir ce secteur de la loi du marché. Articuler les EHPAD avec de multiples structures intermédiaires permettant d'éviter l'isolement social, les allers retours domicile, soins ou vie dans un cadre adapté, et aussi avec services publics de proximité (culture, alimentation, ...)

b) Le rapport sur la « séniorisation de la société »

Un rapport de Serge GUÉRIN, sociologue, président des États Généraux, Véronique SUISSA, coordonnatrice Générale des États Généraux Philippe DENORMANDIE, Conseiller médical des États Généraux, a été remis sur la « séniorisation de la société ».

Seule la CFDT retraités a été auditionnée, mais aucun syndicat d'actifs du secteur ni Fragonard qui préside le haut conseil de l'âge

Le rapport fait des « recommandations fortes pour une politique efficiente et bienveillante du Grand Âge ». On y lit en particulier que la « personne âgée doit être au cœur de la société », qu'il faut « refuser d'infantiliser les « vieux », les entendre », etc.

Une politique de santé centrée sur « la personne : plus de lits en gériatrie, trouver des ressources de proximité », faciliter la vie quotidienne des personnes âgées notamment avec le numérique et en renforçant les dispositifs d'accueil familial, renforcer les métiers du soin auprès des aînés, soutenir les aidants, impliquer les « patients partenaires ».

Les modalités de cette politique reposent sur une « politique de valorisation du care » qui doit être repensée et articulée avec « le cure ». La démarche se situe à l'opposé des « utopies collectives » ou des « attentes sociétales irréalistes », ainsi la « toute-puissance » allouée à la médecine moderne. De fait, tout le rapport se situe à l'opposé de toute « utopie » d'émancipation ou de transformation sociale dans une acception « faible » du care et s'inscrit dans une logique de « bon sens ». Les relations entre le "care" et la politique de santé; la politique salariale, le sens du travail, la formation, la valeur du travail des professions féminisées...sont occultées

Par contre, le care implique de décroquer les secteurs sanitaire et médico-social, afin de traiter la « personne » dans sa globalité, et non comme un malade.

Il s'agit aussi de valoriser la « silver économie », omniprésente mais jamais strictement définie, et co-construite par les différents acteurs en présence: organismes caritatifs (Croix Rouge), monde de l'assurance/prévoyance, Économie sociale et solidaire, société de l'habitat des seniors...

Est valorisée, la dimension départementale au nom de la proximité, sans lien avec une politique nationale. Une fiche insiste sur le rôle fondamental des « contrats territoriaux de génération » avec une gouvernance partagée pilotée par le maire ou le président d'EPCI.

La notion de service public n'apparaît jamais.

Il s'agit au contraire de « casser les frontières entre public et privé », avec même un véritable plaidoyer en faveur des coopérations privé/public de la part d'un acteur du privé : sortir des carcans statutaires.

Si c'est donc un rapport fourre-tout, il apparaît cependant que la FSU pourrait prendre appui sur quelques idées du rapport en les articulant avec ses revendications syndicales. Prendre soin des personnes âgées (le care) c'est aussi :

- _ permettre aux salariés d'arriver en bonne santé à la retraite donc améliorer les conditions de travail notamment en fin de carrière;
- _ augmenter sensiblement le montant des retraites;
- _ développer la formation de gériatres, oncogériatres, la recherche pour la prise en charge adaptée de cette partie de la population.
- _ assurer une espérance de vie en bonne santé pour tous. Mettre en place une véritable politique de prévention. Une fiche du rapport rappelle que pour certains cancers la prévention cesse à 75 ans.

La santé des personnes âgées dépend aussi de l'état sanitaire général de la population et donc des moyens humains et matériels pour les hôpitaux publics, les centres de santé, les organismes de préventions, de la recherche etc

2. Hôpital public et organisation du système de soins.

a. La situation de l'hôpital public

Hôpitaux, système de santé, une loi inadaptée aux besoins

Notre système de soins est en crise. La réforme adoptée cet été et les mesures annoncées à cette rentrée en réponse à la grève des urgences ont évincé la question essentielle des moyens.

Maternités fermées, nouveau management public, manque de moyens, établissements sur-endettés, personnels et patients maltraités, drames humains à répétition, mobilisations dans les Ehpad et tout au long de l'année 2019 ; grève dans les urgences et démissions en chaînes (démission de chefs de service de leurs fonctions administratives, démission pure et simple de personnels soignants et crise de recrutement (la durée moyenne de carrière d'une infirmière dans la fonction publique hospitalière est désormais d'environ 6 ans). Les aides soignantes ne parviennent pas à l'âge de la retraite sans être touchées par une pathologie invalidante en lien avec leur travail.

Avant même la crise du Covid, et depuis des années, l'hôpital public était en crise.

L'hôpital est une pièce centrale du système de santé ; les attentes de la population et en particulier des plus défavorisés sont fortes. Mais c'est aussi sur lui que pèse le plus la contrainte budgétaire imposée à la Sécurité Sociale. Tous les ans, le gouvernement décide d'un niveau de financement insuffisant : il gèle les crédits ou baisse les tarifs d'hospitalisation de la T2A pour compenser l'augmentation de la dépense publique en médecine de ville qui dépasse constamment les objectifs de l'ONDAM, insuffisants par ailleurs !

Depuis 2013 17500 lits d'hospitalisation complète qui ont été fermés. Tous types confondus, la France comptait 6 lits pour 1000 habitants, contre 8 en Allemagne. Ces chiffres ne comprennent pas les lits qui sont fermés par manque de personnels (estimé à 2000 lits rien que sur l'AP-HP). La contrainte financière a entraîné la baisse des effectifs, la fermeture de 68 000 lits d'hospitalisation depuis 2003 et pousse au développement de l'ambulatoire. La

logique comptable pousse à sélectionner les patients « rentables » et à la chasse aux patients « bed-bloqueurs ». En période ordinaire, aucun lit ne doit être libre, ni occupé trop longtemps. On voit le résultat en temps de crise sanitaire ! Pour l'année 2020, il est encore à ce jour prévu d'en fermer 4000 de plus. Malgré le discours, ces fermetures sont encore programmées.

Les fermetures de lits sont « justifiées » par un « nécessaire » *virage ambulatoire* qui consiste à prendre en charge les patients en moins de 24 heures. Cela c'est aussi traduit par un alourdissement de la charge de travail des personnels soignants dont les effectifs ont été réduits : avec la réduction du nombre de lits et le développement de l'ambulatoire, le nombre de patients différents et nouveaux sur une même période augmente et les patients en séjour longs sont proportionnellement plus nombreux à nécessiter plus de soins.

Par ailleurs, dès lors qu'il n'existe pas de service public de soins de proximité, ce « virage ambulatoire » est pour le moins problématique : quel suivi des patients ? Quelle prise en compte des inégalités sociales ? L'hôpital est de plus en plus focalisé sur l'acte technique, alors que l'accueil et la prise en charge clinique reculent, ce qui risque d'engendrer un nouvel hôpital paradoxalement inhospitalier, en particulier pour les personnels qui sont dans les conditions de logement les plus difficiles.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé promulguée cet été n'arrangera rien. Parallèlement à la réforme de la formation initiale et continue, elle va permettre, notamment, de renforcer la concentration du pouvoir gestionnaire, les fusions d'établissements et la hiérarchisation entre les hôpitaux. Les hôpitaux les plus petits vont devenir des hôpitaux dits de proximité, à l'intermédiaire entre le cabinet du généraliste et le CHU, cantonnés à la médecine générale, la gériatrie et la rééducation. Au-dessus existeraient des établissements spécialisés ou ultra-spécialisés. La question des déserts médicaux est l'objet de mesures incitatives mais qui ne permettront pas de rééquilibrer l'installation des médecins. La concentration de la chirurgie du médical et de l'obstétrique sur les plus gros établissements spécialisés ne va-t-elle pas créer un nouveau désert, hospitalier ?

Urgences : un mouvement social dans la durée

Avant la crise du Covid, la durée de la grève des urgences a prouvé que la loi adoptée en juillet ne prend pas la mesure de la crise. Mais le « pacte de refondation des urgences » présenté le 9 septembre par la ministre n'était pas non plus à la hauteur des besoins. Les 750 millions d'euros accordés aux urgences sont nettement insuffisants, étalés sur trois ans et ponctionnés sur l'enveloppe globale de l'hôpital et donc aux dépens des autres services. Les syndicats et les urgentistes grévistes se sont prononcés contre ce « pacte ». Une partie du corps médical a accueilli favorablement une partie des mesures organisationnelles, mais elles n'ont pas de portée pratique sans un accroissement des moyens financiers, ce qui est largement faisable : la France consacre l'équivalent de 3,6% de son PIB à l'hôpital contre 4,1% dans les autres pays européens.

b. Le plan hôpital

Personne ne doit oublier ou occulter les raisons pour lesquelles notre système hospitalier est profondément fragilisé. Avec la crise, des moyens ont été débloqués dans l'urgence pour aider les centres hospitaliers qui étaient en situation de rupture, avec une mutualisation des moyens au niveau national, voire international. Le Président de la République a annoncé le 25 mars un « plan massif d'investissement pour l'hôpital et des primes exceptionnelles. Mais il faudra que ce plan soit l'occasion de changer véritablement de trajectoire, pour revenir sur toutes les

mesures de fermeture de lits et d'établissement, pour qu'il y ait de véritables embauches et pour que les professionnels retrouvent des conditions de travail attractives.

La catastrophe sanitaire n'a pas été seulement causée par le virus mais bien aussi par les politiques d'austérité et de libéralisation que nous dénonçons depuis des années.

Le PM et son ministre de la Santé, ont lancé le lundi 25 mai le "Ségur de la santé" avec 4 axes :

- Revaloriser les carrières et les compétences des personnels y compris des EHPAD,
- Établir un plan d'investissement et « réformer les modes de financements » (sic),
- Mettre en place une territorialisation du système de santé intégrant hôpital, médecine de ville et médico-social
- « Revoir » la question du temps de travail

S'il semble vouloir redonner un semblant de pouvoir de décision aux soignants, le gouvernement n'envisage pas de remettre en question le mode de « gouvernance », c'est-à-dire une direction purement gestionnaire et des budgets décidés au niveau des ARS. Les OS représentatives sont conviées à cette concertation ainsi que 2 collectifs (le collectif Inter-Urgences et le collectif Inter-Hôpitaux). La coordination de cette concertation, qui devrait s'achever au mois de juillet, a été confiée à Nicole NOTAT ancienne SG de la CFDT. De nombreux bémols dont principalement, l'absence de chiffrage des mesures annoncées, le volume des recrutements et la possible remise en cause des 35h (qui peut passer par un déplafonnement des heures supplémentaires).

Autre signal inquiétant d'une absence de volonté d'inversion des politiques publiques: à la demande d'E. Macron, la Caisse des dépôts et consignations (CDC) a élaboré « un plan » pour l'hôpital public sorti fin mars via Médiapart. Le rapport de la CDC ne tire aucun enseignement de la crise sanitaire et cherche à poursuivre voire même à accélérer les processus de privatisation et de marchandisation de la santé, qui étaient déjà à l'œuvre les années précédentes. Avec notamment l'éloge des partenariats public privé (PPP), des startup et du tournant numérique (qui risque de s'ajouter au virage ambulatoire...).

3- Enjeux du financement de la sécurité sociale

Synthèse réalisée en partie à partir de la note du Haut conseil au financement de la protection sociale : <https://www.securite-sociale.fr/home/hcfips/zone-main-content/rapports-et-avis-du-hcfips/etat-des-lieux-du-financement--1.html>

a. Rappel de la situation avant la pandémie

La LFSS pour 2019 prévoyait un retour à l'équilibre du régime général et du FSV en 2019 mais la LFSS pour 2020 a finalement repoussé l'horizon de cet équilibre à 2023.

Plusieurs éléments expliquent cette dégradation de la trajectoire pluriannuelle prévue, notamment :

- un environnement macroéconomique moins porteur,
- les mesures d'urgence prises en réponse au mouvement des gilets jaunes,
- la non-compensation intégrale par le budget de l'État des nouvelles mesures d'exonération de cotisations sociales (-5 Mds € de recettes pour la sécurité sociale au titre de l'exercice 2019)

C'est ainsi qu'avant même les mesures exceptionnelles prises à partir de mars 2020, le solde prévisionnel pour 2020 s'élevait déjà à -5,1 Mds €.

Quant à l'assurance chômage, les lois financières de l'automne prévoyaient pour 2020 un déficit de 1,5 Md € (soit 3,7 % des dépenses prévues à l'époque).

- Un système de protection sociale qui s'est avéré beaucoup plus protecteur que dans la plupart des autres pays, malgré des insuffisances notoires

Avant même que les pouvoirs publics ne prennent des mesures exceptionnelles, il n'est pas inutile de rappeler que notre système de protection sociale a d'abord permis de maintenir les revenus d'une partie importante de la population à travers notamment le versement des pensions de retraite et des prestations sociales habituellement servies par la sécurité sociale (comme les prestations familiales ou les indemnités journalières par exemple), par l'Unedic (indemnités chômage...) ou par les conseils départementaux (comme l'APA ou le RSA par exemple).

Il a également permis à l'ensemble de la population d'avoir accès aux soins, que ce soit en médecine de ville ou à l'hôpital public, du moins en théorie si on ne tient pas compte des difficultés d'accès à un médecin traitant ni de la saturation des hôpitaux en matière de lits d'admission.

Il n'a en revanche pas permis à la population d'être protégée correctement dès le début de l'épidémie, compte tenu de la pénurie en masques ou en gel hydro-alcoolique notamment, ni d'être massivement dépistée par des tests virologiques de type PCR.

Les personnes âgées en perte d'autonomie ont été par ailleurs très maltraitées, qu'elles soient à leur domicile ou en EHPAD. Elles ont payé un lourd tribut qui ne se résume hélas pas au nombre de décès recensés en établissements médico-sociaux.

- Des mesures sans précédent prises à partir du mois de mars 2020

La crise sanitaire liée au CoViD-19 et la crise économique qu'elle a engendrée ont par la suite complètement modifié le paysage en matière de protection sociale et de financement.

Au-delà de notre système de protection sociale qui s'est avéré beaucoup plus protecteur que dans la plupart des autres pays, le gouvernement a pris, en réponse à la crise du Covid 19, un certain nombre de mesures sans précédents qui auront des répercussions majeures sur les finances publiques ainsi que sur le financement de la sécurité sociale.

Certaines mesures concernent les ressources de la protection sociale (report des échéances de prélèvements obligatoires, suspension des actions de contrôle et de recouvrement forcé, nouvelles exonérations sociales, suppression du délai de carence ...).

D'autres concernent les dépenses (attribution d'IJ pour les personnes fragiles ou devant garder leurs enfants jusqu'à la réouverture des écoles, maintien des droits ou suspension des réformes prévues en matière d'assurance chômage, prise en charge à 100 % des téléconsultations par l'assurance maladie..).

Il est difficile de recenser toutes ces mesures tant elles sont nombreuses d'autant plus qu'elles évoluent en permanence.

Certaines mesures sont par ailleurs concentrées sur la période correspondant à l'état d'urgence sanitaire tandis que d'autres iront au-delà de cette période (maintien des droits des intermittents jusqu'en août 2021 par exemple).

Il est donc difficile d'évaluer de manière précise le coût global de toutes les mesures qui auront été prises.

Les perspectives financières votées dans la LFSS pour 2020 sont devenues totalement caduques et le déficit des comptes sociaux va atteindre des niveaux jamais observés.

Gérald Darmanin, ministre des comptes publics a par exemple annoncé devant le Sénat que **le déficit du régime général et du FSV pourrait atteindre 41 Mds €** (soit 10 % des dépenses). Il ne s'agit là que d'une hypothèse basse car elle ne tient pas compte des possibles décisions ultérieures à la date de l'audition du ministre ni des possibles annulations de cotisations sociales qui pourraient ne pas être compensées par l'État et rester ainsi à la charge de la sécurité sociale.

Le choc d'une dégradation annuelle de 41Mds € est sans commune mesure avec les crises économiques majeures qui ont jalonné l'histoire de la sécurité sociale depuis sa création en 1945. Une seule fois la dégradation annuelle du solde a ainsi dépassé les 10 Mds € pour s'établir à 14,1 Mds € en 2009 (une crise financière qui avait surtout eu un impact sur les recettes).

Cette fois-ci, la crise économique liée au Covid 19 joue essentiellement sur les recettes (- 33 Mds €). Mais elle aura aussi un impact non négligeable sur les dépenses (avec 8 Mds € de dépenses nouvelles).

La mise à l'arrêt de pans entiers de l'économie se traduira mécaniquement par une contraction du PIB d'une ampleur historique qui reste toutefois difficile à évaluer (-8 % pour 2020 d'après l'hypothèse retenue par le gouvernement).

Compte tenu de la relative faiblesse des embauches, des probabilités de faillites, des suppressions d'emploi, de la mise au chômage partiel, la contraction de la masse salariale du secteur privé pourrait atteindre des niveaux jamais observés (-7,5 % contre une prévision initiale de +2,8%).

Or, un point de croissance de la masse salariale correspond à 2 Mds € de recettes pour le régime général, ce qui représente un manque à gagner de l'ordre de 20 Mds € pour le régime général.

On peut par ailleurs s'attendre à une forte baisse des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité des travailleurs indépendants.

D'autres impacts de la crise sont également difficilement quantifiables comme le niveau des allègements généraux de cotisations sociales ou les exonérations non compensées sur les heures supplémentaires.

Des incertitudes demeurent sur les recettes assises sur les revenus du capital car on ne sait pas quelle utilisation sera faite par les ménages français les plus aisés du surplus d'épargne qu'ils auront accumulé pendant le confinement (environ 55 Mds € d'après une estimation de l'OFCE).

Quant aux recettes fiscales fortement liées à l'activité économique (comme la taxe sur les salaires, la CSSS, le forfait social) ou assises sur la consommation (comme la TVA, les droits de consommation sur les tabacs et boissons), elles devraient voir leur niveau baisser mais on ne sait pas dans quelle mesure aujourd'hui.

Une partie des dépenses nouvelles de la sécurité sociale est imputable au relèvement de l'ONDAM à la fois sur l'exercice 2020 et sur le moyen terme. Mais il est difficile d'évaluer exactement l'impact immédiat de la crise sur la branche maladie car cette crise pourrait se traduire à court terme par des éléments jouant en sens inverse avec des dépenses en hausse d'une part (achat de matériels, rémunération des personnels, dépenses de prévention, IJ...)

et des dépenses en baisse d'autre part (report des opérations non urgentes, fermeture de cabinets médicaux, moindres accidents...) qui pourraient toutefois être contrebalancées par les garanties de maintien des ressources décidées par le gouvernement pour les établissements de soins.

AU total, le gouvernement table sur une augmentation de l'Ondam de 7 % (contre + 2,45 % prévu en LFSS), soit 8 Mds € de dépenses supplémentaires.

Les dépenses de la branche famille seront sans doute supérieures à la prévision du fait notamment d'une probable évolution à la hausse du nombre de bénéficiaires, notamment pour les prestations sous condition de ressources. IL en est de même pour les dépenses d'action sociale.

Quant à l'Unedic dont la situation financière est très sensible à la conjoncture, tant au niveau des recettes que des dépenses, son déficit risque d'être encore plus important quand on le rapporte au niveau des dépenses servies.

Compte tenu des mesures déjà adoptées, le déficit de l'assurance chômage pourrait ainsi être dégradé de 13,5 Mds € et passer ainsi du solde de -1,5 Md € (prévu dans les lois financières de l'automne) à celui de -15 Mds € (soit 29 % des dépenses désormais attendues).

L'Unedic a par exemple estimé à environ 11 Mds € l'impact de la crise sur ses dépenses : +7,8 Mds € au titre du financement de l'activité partielle et + 3 Mds € pour les autres dépenses (maintien des droits, la moindre activité des allocataires, les moindres sorties vers l'emploi...).

Un point de croissance de la masse salariale correspondant à environ 0,25 Mds € pour l'assurance chômage, la contraction de la masse salariale devrait par ailleurs représenter un manque à gagner de l'ordre de 2,6 Mds € pour l'Unedic.

Premières conclusions

Il est beaucoup trop tôt pour connaître avec précision l'impact de la crise, à court ou moyen terme, sur la protection sociale et son financement.

Mais une question s'est rapidement posée concernant le statut de la dette qui résultera des déficits historiques qui seront enregistrés en 2020 et dans les exercices suivants.

Doit-on considérer cette dette comme une « dette sociale » qui devra, à ce titre, être remboursée progressivement comme c'est le cas de la dette sociale reprise et amortie par la CADES¹ depuis la création de cette dernière en 1996.

Ou doit-on considérer cette dette comme une dette au sens plus large qui ne nécessitera pas de mettre en place un mécanisme d'amortissement comme c'est le cas, actuellement, pour la dette d'État ?

Bruno Le Maire, ministre de l'Économie et des Finances, a déclaré qu'il ne voulait pas revenir sur les baisses d'impôts décidées depuis 2017, ni même rétablir l'impôt sur la fortune. Le gouvernement a en revanche prévu de transférer 136 Mds € de dette de la Sécurité sociale à la CADES. Alors que les prévisions les plus récentes avant la crise du Covid 19 rendaient probable l'extinction de la « dette sociale » en 2024, le gouvernement a donc fait le choix de ne plus supprimer la CRDS² en 2024 et de prolonger cette contribution jusqu'en 2033.

1 CADES = Caisse d'amortissement de la dette sociale

2 CRDS = contribution au remboursement de la dette sociale, instituée en 1996 pour rembourser les dettes cumulées de la sécurité sociale

Rappelons que la CRDS est un prélèvement dont le taux est faible (0,5 %) mais dont l'assiette est très large puisqu'elle est prélevée sur tous les revenus des personnes physiques domiciliées en France pour l'impôt sur le revenu.

Avant la crise du Covid 19, certaines organisations comme la CFDT plaident pour que la CRDS soit réorientée (ainsi qu'une fraction de la CSG) vers le financement de la perte d'autonomie.

Si la durée de vie de la CADES s'allonge comme le prévoit le gouvernement, c'est a priori une fraction de CSG qui serait prélevée pour financer la perte d'autonomie dans le cadre de la création d'un cinquième risque. Le financement public universel et solidaire annoncé interviendrait seulement à partir de 2024 et à hauteur de 2,3 Mds €. Un montant dérisoire !