

ÉDITO

RETRAITÉ·ES, PRENDRE LES PROBLÈMES À BRAS LE CORPS

Ce papier est écrit au moment où dans le livre « *Les fossoyeurs* », Victor Castanet a révélé le scandale du groupe privé d'EHPAD Orpea. Le journaliste dépeint la maltraitance subie par certain·es pensionnaires (escarres non soignées ; pas plus de trois couches par jour, dénutrition). La volonté de rentabiliser le groupe et d'attirer des investisseurs en bourse, se traduisait par des personnels en nombre bien trop insuffisant et une réduction extrême des dépenses du quotidien. V. Castanet pointe aussi le détournement d'argent public et la tromperie envers les familles de résident·es qui paient jusqu'à 7 000 € par mois. De tels faits inadmissibles avaient déjà été signalés dans le groupe Korian, notamment par les personnels. La situation est tellement grave que le gouvernement a dû diligenter une enquête administrative et financière – qui semble bien insuffisante –, qu'une action de groupe devrait être entamée en justice par des familles de pensionnaires et que des syndicats envisagent une action en justice.

Le quinquennat devait être marqué par la discussion et le vote d'une loi « Grand âge », qui a été abandonnée. Pourtant il y a urgence à trouver des solutions permettant aux personnes âgées, voire très âgées, de vivre dignement, que ce soit à domicile – ce qu'elles souhaitent de plus en plus – ou en établissement. En finir avec les situations précédemment évoquées suppose un tout autre cadrage réglementaire des EHPAD (création, financement, contrôle, ...) et des personnels en nombre suffisant. Par ailleurs, alors que d'autres pays ont, par exemple, développé le concept d'*habitat partagé*, la réflexion sur ce point ne concerne en France que très peu de personnes, voire relève de l'initiative individuelle. Peu de choses sont faites pour les aidant·es, alors qu'ils et elles sont de plus en plus souvent retraité·es. Il serait temps que les personnes âgées et très âgées (29 995 centenaires fin 2021 et

140 000 estimés en 2050) ne soient pas considérées comme de la « *silver économie* », mais comme des êtres humains, qui ont une place dans la société et des besoins spécifiques (aménagement de l'habitat, suivi médical, vie sociale, ...). Cela passe par un système de soins adapté, des aides spécifiques tant humaines (aide aux gestes du quotidien, maintien de la vie sociale, etc) que pratiques (petit bricolage, courses, cuisine, entretien de la maison ...). Quant au parcours administratif pour obtenir certaines aides ou comprendre ce à quoi on peut prétendre, il est outrageusement long (6 à 8 mois dans certaines Maisons Départementales des Personnes Handicapées) et trop complexe (documents à fournir), allant souvent de pair avec la fracture numérique

Et, pour vivre dignement, il faut voir la place des retraité·es reconnue dans la société. Cela passe par des pensions et retraites à la hauteur des besoins. Comme pour les autres catégories de retraité·es (dont 1 million au-dessous du seuil de pauvreté de 1 102 € pour une personne seule), le pouvoir d'achat des enseignant·es du supérieur baisse du fait de l'absence de revalorisation ou d'une infime revalorisation des pensions (1.1% cette année, bien inférieur à l'inflation), alors que certaines dépenses incompressibles ne cessent d'augmenter depuis des années (fluides, cotisation MGEN par exemple) et que l'inflation concernant notamment les produits alimentaires a repris pendant la pandémie de COVID 19.

Les conditions de vie des retraité·es, la reconnaissance de leur rôle social, ne sont guère évoquées dans la campagne présidentielle, ... Seule la question de l'âge de la retraite vient régulièrement dans les interventions des politiques, avec une volonté de l'augmenter (64 ans ou plus), ajoutant quelquefois une expression sur le minimum de retraite. Il nous faut nous exprimer pour qu'enfin nos revendications soient prises en compte dans la prochaine mandature.

04/02/2022 – Michelle LAUTON.

**Des actions ont eu lieu au cours de l'année 2021 et début 2022,
pour faire valoir les légitimes revendications des retraité.e.s.
Elles vont se poursuivre le 24 Mars 2022, avec des manifestations régionales.**



Omicron : que peut-on en dire ?

Dans cet article, nous allons essayer de répondre à quelques questions qui sont relayées par les médias et les réseaux sociaux.

▪ Qu'est-ce qu'un vaccin, et comment ont-ils été développés ?

Un vaccin est une thérapie qui stimule le système immunitaire contre un microbe (virus ou bactérie) de celui qui la reçoit pour :

- 1) Diminuer ou supprimer la possibilité d'être contaminé ou de devenir contaminateur,
- 2) Diminuer ou supprimer les symptômes (en particulier les symptômes sévères) de la pathologie.

Les vaccins anti-covid ont été développés avec l'objectif n°2. A posteriori, ils ont montré leurs capacités à diminuer la transmissibilité du virus historique (la souche dite Wuhan). Cette propriété diminue au fur et à mesure que les nouveaux variants sont apparus. La diminution de la contamination pour la souche omicron est faible ou inexistante

▪ Comment se contamine-t-on ?

Le virus arrive dans notre organisme via le nez, la gorge ou les yeux. C'est l'infection des voies hautes, principalement respiratoires. Alors que les premières souches colonisaient majoritairement l'épithélium nasal, omicron a une préférence pour l'épithélium de la gorge. On dit que son tropisme cellulaire a changé. Une raison probable à ce changement de tropisme cellulaire est la modification de la protéine S du virus. C'est en effet cette protéine qui permet au virus d'entrer dans un type de cellule pour les coloniser et se répliquer.

Dans un deuxième temps, les cellules épithéliales des alvéoles pulmonaires sont colonisées.

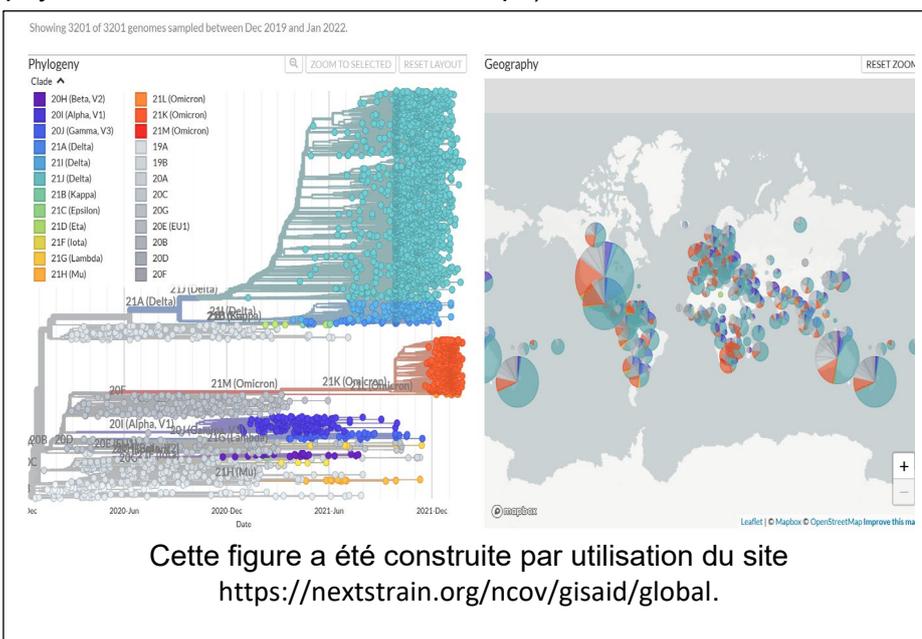
Omicron est moins efficace que les variants antérieurs (Wuhan, Alpha et Delta). Cela explique probablement la moindre dangerosité d'omicron.

Dans un troisième temps, le virus peut coloniser d'autres épithéliums et d'autres organes et causer d'autres symptômes.

En changeant de tropisme cellulaire, le virus échappe au moins partiellement au système immunitaire et peut améliorer sa capacité à se répliquer plus efficacement. Cela peut expliquer à la fois la plus grande contagiosité d'Omicron et sa moindre dangerosité ainsi que sa capacité à échapper au système immunitaire.

▪ Les différences entre Omicron et Delta

En comparant les séquences des différentes souches des virus, on peut retracer « leurs liens de parenté ». Il existe un site qui compile l'ensemble des séquences du virus sars-cov2 et permet de visualiser l'arbre phylogénétique (analogue à un arbre généalogique et la proportion des différentes souches dans les différents pays ou continents en fonction du temps).



On voit qu'à partir de la souche d'origine apparaissent deux grandes familles, la famille alpha/omicron et la famille delta. Une souche va prendre le pas sur une autre souche si sa contagiosité est supérieure. Pour la souche omicron (BA1) et la nouvelle souche de la même famille (BA2) qui serait 1.5 fois plus contagieuse que BA1, le niveau de contagiosité est du même ordre que celui du virus de la rougeole. En prenant le paramètre R0 (capacité d'une personne à contaminer R0 personne), ce paramètre est de 1,3 pour la grippe, 3 pour la souche historique Wuhan et de l'ordre de 20 pour la rougeole et donc BA1 et BA2.

Pour bloquer avec un vaccin la propagation d'un virus, le pourcentage de vaccination d'une population doit être d'autant plus élevé que le R0 est grand (entre 50 et 60 % pour la grippe, plus de 95% pour la rougeole).

▪ Pour conclure....

Les vaccins continuent à protéger contre les formes graves de la pathologie mais de moins en moins contre la contamination. Ils constituent le meilleur traitement prophylactique actuellement. Après un troisième rappel, ils divisent par au moins 10 la possibilité d'avoir des symptômes graves si l'on est contaminé.



Le discours sur le passage à une forme endémique de la pathologie est un discours trompeur. Une endémie est une pathologie qui d'après la définition de l'OMS, est limitée à certaines régions et donc l'incidence (quantité de malade sur une période donnée fixe de 1 à plusieurs mois) reste fixe. La malaria est endémique en Afrique, mais reste une pathologie grave et responsable de 627000 morts en Afrique subsaharienne en 2020. Il reste peu probable que la COVID reste limitée à certaines régions du globe. On n'est pas à l'abri de l'apparition de nouveaux variants. Il reste nécessaire d'avoir un arsenal sanitaire qui soit plus large que le seul vaccin. L'accès à un air sain est aussi important que l'accès à une eau potable.

Jacques Haïech
02/02/2022.

Témoignage

François-Patrick Châtelet

François-Patrick Châtelet est PUPH¹ honoraire d'Anatomopathologie à Paris 6, devenue Sorbonne Université. Il était en poste au CHU Saint Antoine. Il a été responsable du secteur Santé du SNESUP et élu CNESER. Il vit maintenant au nord-ouest des Côtes d'Armor.

1. Il y a maintenant quelques années que tu es parti en retraite. Comment l'as-tu vécu ? As-tu une nouvelle activité liée à ton domaine, ou bien d'un autre ordre ?

Dans la hiérarchie non-écrite du système hospitalo-universitaire, j'étais formellement un "mandarin". Sociologiquement les mandarins ont une tendance lourde à partir le plus tard possible à la retraite. D'ailleurs les gouvernements successifs ont rivalisé d'inventivité réglementaire spécifique pour leur en laisser la possibilité au moins jusqu'à 70 ans. Lorsque j'ai annoncé à mon Doyen que je partirais à 61 ans, le malheureux s'est mis à craindre pour ma santé mentale.

Et pourtant ma motivation était claire. Vers la fin de ma carrière je consacrais au travail de l'ordre de 70 heures par semaine. Je ne souhaitais pas défier la physiologie plus longtemps.

J'ai donc logiquement coupé les ponts avec le domaine des connaissances médico-biologiques. Néanmoins je respecte infiniment les collègues qui participent jusqu'à leur dernier souffle à l'actualité des connaissances scientifiques. Désincarcéré de la tyrannie du carnet de rendez-vous, j'ai donc pu exploiter mon temps libre pour la vie familiale et privée, la culture, la vie sociale et politique et les activités de grand air. Malgré mes bonnes résolutions je me suis ponctuellement réinvesti dans la vie associative. J'y ai découvert l'importance de ce secteur pour la vie de la Cité, mais aussi que les pires passions humaines pour le pouvoir et les sequins savent s'y développer.

Enfin, lors de l'irruption de la pandémie dans mon territoire, je me suis rendu disponible pour offrir une aide concrète dans une pharmacie de ma ville.

¹ Professeur des universités, Praticien hospitalier.

2. Tu vis dans une région où les difficultés à se soigner s'aggravent. Peux-tu en dire quelques mots ?



Je réside dans la partie ouest du département des Côtes d'Armor. C'est une des régions du territoire national situées hors de la zone de dominance et de retombées d'une métropole. À ma connaissance ces territoires ne sont définis que négativement – « hors zone d'influence de la métropole ». Faute d'un terme plus adapté on les qualifie de « ruraux », ce qui est inapproprié puisque la très grande majorité de leur population est citadine dans des petites villes ou des bourgs. Les grandes orientations et décisions politico-économiques mettent évidemment en cause frontalement l'accès aux soins de santé et leur contenu. Je n'évoquerai pas la question de la dépendance et du grand âge.

- Pour s'en tenir au domaine proprement médical la **première ligne** est tenue par les médecins généralistes. La carte territoriale de leur implantation est un sujet brûlant. On s'est habitué à voir les panneaux à l'entrée des communes suppliant qu'un ou plusieurs généralistes viennent s'y installer. Le rôle de ces généralistes est primordial. L'immense majorité de ces collègues exercent en système libéral – c'est-à-dire en liberté géographique d'installation. Mais la charpente économique de leur fonctionnement est complètement structurée, dans ces zones dites rurales, par l'organisation nationale de la Sécurité Sociale installée à partir de 1945, époque où les forces économiques et idéologiques réactionnaires avaient beaucoup à se faire pardonner. Les conditions de travail de ces généralistes ne sont probablement pas faciles, leur responsabilité est grande, il me semble qu'ils bénéficient d'une grande confiance auprès de la patientèle.
- La **deuxième ligne** médicale est tenue par les collègues spécialistes installés en libéral. Là il y a clairement dans ces territoires « hors métropole » une grande difficulté d'accès aux soins, avec à la clef les possibles pertes de chance par retard de diagnostic et de traitement.
- La **troisième ligne** est constituée dans ces territoires par les hôpitaux non universitaires et les hôpitaux privés. À ce niveau, les contradictions sont explosives. Il y a d'abord, paradoxalement, la contrainte du progrès médical par les retombées de la recherche médicale mondiale, la technicité de nouveaux moyens d'exploration du corps, les nouvelles exigences de politique qualité en termes d'exercice spécialisé médical. Les investissements dans les matériels d'investigations augmentent par unité. Mais aussi les décisions technocratiques de suppression des hôpitaux dits de proximité (chirurgie, obstétrique, radiologie) au profit d'hôpitaux dits « principaux », en baissant les bras devant les réels problèmes de recrutement de cadres médicaux et infirmiers qualifiés. La conséquence est que la densité d'un maillage territorial de qualité est mise à la queue de la file au nom d'une soi-disant rationalité comptable tombée du monde merveilleux de l'économie libérale. Les territoires se rebiffent régulièrement et les interventions des élus, les rassemblements militants devant les établissements peuvent se prévaloir d'une forte sensibilité des populations pour ces domaines.

3. Aurais-tu des pistes à proposer pour remédier à cette situation ?

Tous ces problèmes réels vécus au jour le jour sont en fait largement encadrés dans des machineries décisionnelles politiques et idéologiques au minimum de niveau national. À mes yeux, seuls les mécanismes démocratiques, de la base au sommet, morceau par morceau, lutte par lutte, peuvent à la fois faire surgir des propositions de réponses innovantes et les moyens politiques, idéologiques et matériels pour y répondre.

Protection Sociale Complémentaire :

Nous publions ci-dessous d'une part, une analyse du texte d'accord produite par Marie France Le Marec, d'autre part le texte voté en CDFN le 25/01/2022, jour où la FSU, à l'instar des autres fédérations de fonctionnaires, a donné son accord pour sa signature.

PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE : LES RETRAITÉ·ES MALTRAITÉ·ES



On le sait bien les retraité·es sont de plus en plus nombreux·ses, ont des besoins en santé qui augmentent et dont la prise en charge par la Sécurité sociale n'est pas suffisante (voir nos combats pour une grande loi Autonomie...). On le sait aussi nos mutuelles, abandonnent peu à peu leurs principes mutualistes, renchérissent le coût de leur protection pour les personnes les plus âgées mais aussi subissent les transferts imposés de remboursements de la Sécu vers les complémentaires santé (dernier avatar, le forfait urgence). **Alors la Protection sociale complémentaire (PSC) apporte-t-elle une solution pour les retraité·es ?**

LA PSC DANS UN CONTEXTE LOURD D'ATTAQUES CONTRE LA SÉCU ET LES SERVICES PUBLICS

Rappelons d'abord que depuis quelques décennies (initiée par les politiques ultra-libérales de Reagan et Thatcher), l'objectif est de « *défaire méthodiquement le programme du Conseil National de la Résistance* » selon l'expression de Kessler (Medef) et de libérer de toute entrave juridique le marché et les profits. Le monde du travail est donc soumis à un rouleau compresseur de réformes : individualisation des droits contre statuts collectifs, recul du droit du travail, du statut de fonctionnaire, délaissement des services publics, confiscation de cotisations sociales patronales (exonérations) et salariales (sous prétexte de rendre du pouvoir d'achat sans augmenter les salaires), développement de la privatisation de la santé, réduction du périmètre de la sécurité sociale, affaiblissement de la démocratie sociale (paritarisme), réforme de l'indemnisation du chômage, réforme des retraites...

La Sécurité sociale fondée sur des principes de solidarité, d'universalité, de démocratie sociale fait l'objet d'attaques répétées minant peu à peu ses fondements et ressources. **Le développement de l'assurantiel complémentaire (Assurances Maladie Complémentaires, retraites complémentaires) ouvre la porte à la marchandisation de la santé et à la paupérisation des plus fragiles alors même que d'autres besoins sociaux apparaissent (service public du médicament, de l'autonomie, réforme du paiement à l'acte...).** La fracture s'intensifie entre bénéficiaires des profits, dividendes, retraites chapeaux, etc. et celles et ceux appelé·es à bénéficier de prestations minimales allouées par l'État, selon ses choix au vu du PIB, dans le cadre d'une réduction voulue de la dépense publique.

Dans ce contexte, cette réforme instituant la PSC dans la Fonction Publique poursuit donc l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2016 du secteur privé et, si elle présente au terme de la négociation une offre de panier de soins plus consistante, elle vise, non pas à titre principal une couverture maximale de l'ensemble des salarié·es et retraité·es de la Fonction publique (il y a des exclu·es), mais plutôt un **régime obligatoire** qui permet de **transférer une partie non négligeable des dépenses de santé vers les régimes complémentaires qui doivent être à l'équilibre et, pour les acteurs privés gestionnaires, générer des profits. Les termes d'une offre de départ (offre d'appel ?) ne sont donc pas garantis sur la durée.** La logique, comme pour la réforme des retraites, vise à **instituer un filet de protection minimal pour l'ensemble de la société pris en charge par la Sécurité sociale (avec respect de l'ONDAM²) et les autres dépenses, toujours en croissance, renvoyées désormais vers des assurances complémentaires obligatoires dans les secteurs privé et public ou des sur-complémentaires facultatives pour celles et ceux qui en auront les moyens.**

La FSU a des mandats clairs : **Le 100 % Sécu**, pour les soins prescrits, l'**adhésion volontaire** à un contrat complémentaire et libre choix, le **refus de tout contrat collectif obligatoire de PSC choisi par l'employeur.**

²ONDAM : objectif national de dépense de l'assurance maladie pour l'année fixé par le Parlement.

Elle défend des principes de **solidarité (professionnelle, familiale, intergénérationnelle)** et de démocratie sociale comme en témoigne son engagement « **Pour que vive la Sécurité sociale** », signé lors de l'appel de Saint Etienne avec les autres organisations syndicales de transformation sociale à l'occasion du 75^{ème} anniversaire de la Sécu (<http://fsu42.fsu.fr/Securite-sociale-L-appel-de-Saint-etienne.html>). Pourtant la FSU a choisi de signer cet accord, comme les autres organisations, au nom d'un plus pour les actif-ves.

QUE PRÉVOIT L'ACCORD PROTECTION COMPLÉMENTAIRE ?

Le ministère présente, dans son **préambule**, le texte comme « **une avancée majeure** » parce que les **employeurs publics devront participer au financement des complémentaires santé**, permettant aux agents d'accéder à « **une couverture sociale complémentaire à un coût maîtrisé** » avec des « **dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires** ».

Le texte proposé au terme des négociations est d'un niveau de qualité supérieur à celui de l'ANI du secteur privé (pour ceux restés à l'option de base relativement indigente) : un panier de soins (comparable dit-on au milieu de gamme MGEN), une part de la cotisation (30 %) proportionnelle (et non plus forfaitaire). Les retraité-es sont traité-es « à part » mais bénéficient d'un plafonnement de leur cotisation à 175 % de celle des actif-ves, sauf nécessité de relèvement des plafonds en raison du poids à venir des mécanismes de solidarité internes aux retraité-es. La philosophie et l'économie générale restent contraires au 100 % Sécu.

LES POINTS PROBLÉMATIQUES AU CŒUR MÊME DE L'ACCORD, AUTANT DE COMBATS À PRENDRE :



- **La PSC s'inscrit dans des contrats collectifs obligatoires (article 1).** La liberté de choix, le consentement individuel font défaut. La PSC entre dans le statut, la contribution de l'État devient un « accessoire du traitement », et est présentée comme un gain de pouvoir d'achat. Les retraité-es ne sont pas soumis à l'obligation de souscrire au contrat collectif, mais ils et elles peuvent y adhérer **dans l'année qui suit leur retraite (ou la mise en œuvre du texte pour les retraité-es actuel-les). Passé ce délai d'un an, la souscription ne sera plus possible**, il faudra trouver une offre de PSC à titre individuel, qui risque, comme le contrat proposé, d'être très onéreuse.
- La participation de l'employeur est de 50 % de la cotisation d'équilibre (estimée autour de 60 euros la première année du contrat). **Elle est réservée aux bénéficiaires actif-ves (article 6). Les retraité-es ne bénéficient d'aucune contribution de l'État. Obtenir de l'État qui assume les pensions des fonctionnaires retraité-es, traitement continué, la prise en charge de 50 % de la cotisation est une nécessité.**
- **Les cotisations des actif-ves doivent couvrir les prestations des actif-ves (article 5), les retraité-es doivent financer elles-mêmes et eux-mêmes leur protection sociale complémentaire (article 5.2) Leurs cotisations doivent couvrir la totalité des frais afférents aux prestations versées. Quid de la solidarité intergénérationnelle ?**
- L'ensemble des cotisations doit couvrir l'ensemble des dépenses de santé + frais de gestion + profits attendus d'un gestionnaire privé, cela pour chaque public (actif-ves / retraité-es). Par définition, les besoins augmentant, **les cotisations sont appelées à augmenter, une révision annuelle du montant forfaitaire est prévue (article 5).** Si l'augmentation ne paraît pas « soutenable » alors la seule solution sera de rogner sur le taux de remboursement ou le panier de soins couvert par le contrat de base. **Des « options » volontaires pourront offrir une meilleure couverture pour celles et ceux qui pourront les financer (article 4). Mais pour les retraité-es en plus de l'augmentation annuelle due au rééquilibrage des cotisations en fonction des prestations versées, une augmentation rapide est programmée : 100 % de la cotisation d'équilibre la 1^{ère} année (du fait de la suppression de la part État), puis seconde année 125 %, de la 3^{ème} à la 5^{ème} années 150 %, puis augmentation plafonnée à 175 % dans les termes du contrat actuel (article 7.1.2), mais ces plafonds sont susceptibles de révision.** Il faut prendre en compte le vieillissement de la population, en particulier des fonctionnaires avec la baisse des recrutements, pour mesurer que **le coût d'une PSC supportée par les seuls retraité-es deviendra vite prohibitif quand les révisions de plafonds prévues à l'article 7.1.4 interviendront.**
- **Un zeste de solidarité :** en effet les actifs.ves peuvent être amené-es à contribuer à la couverture PSC des retraité.es, des ayants droits (conjoint, enfants), des contractuel-les au chômage (le temps de l'indemnisation chômage) mais **de manière très limitée.** Le coût des différentes solidarités sont évalués chaque année. **S'il dépasse 5 % de la cotisation de référence (celle nécessaire au seul-es actif-ves)** c'est-à-dire 3 euros dont 1,5 payés par l'actif-ve, on atteint un seuil qui impose une évaluation sur les 5 années à venir. Si le montant des solidarités diverses dépasse 10 %, soit la charge **de 3 euros par agent-e actif-ve, la commission paritaire de pilotage et de suivi (article 10) doit « adapter », donc relever, les plafonds (article 7.1.4).** Par exemple les retraité-es pourraient avoir une cotisation plafonnée à 200 % (au lieu de 175), les conjoints à 120 % (au lieu de 110 %), etc.

■ Enfin un **fonds d'aide à destination des retraité·es** à faibles ressources (pensions incomplètes ?) est alimenté par une **cotisation additionnelle d'au moins 2 % sur les cotisations acquittées par les bénéficiaires** (article 7.1.5). Les retraité·es, avec leurs cotisations élevées, financeront grandement la solidarité entre retraité·es !

■ **Le décrochage santé / prévoyance : l'accord ne porte que sur les prestations santé.**

Dans les aléas de la vie, les problèmes de santé, il n'y a pas que les dépenses de soins (au-delà de la couverture Sécurité sociale qui tend à s'amenuiser) mais aussi la question des revenus de remplacement quand l'agent·e est dans l'incapacité temporaire d'aller travailler, congé longue maladie, congé longue durée ou pour les retraité·es **les prestations d'aide en raison de la dépendance ou pour le maintien à domicile**. La question de la **prévoyance est exclue de l'accord** et fera l'objet de nouvelles négociations (**article 11**) donc un **nouveau coût en perspective, ou une nouvelle exclusion des problématiques propres aux retraité·es**.

■ **La démocratie sociale, qui décide ?**

L'accord prévoit une « **Commission paritaire de pilotage et de suivi** » (**article 10**). Mais **cette commission n'est pas décisionnaire** sauf pour le barème de prise en charge éventuelle d'une partie des cotisations des bénéficiaires retraité·es aux très faibles revenus. Pour le reste de ses missions, elle « **participe** » à des audits sur l'évaluation des contrats, les évolutions tarifaires...

L'accord prévoit un « **Comité de suivi** » (représentants de l'État, de chaque DRH des ministères et des représentants des OSR signataires de l'accord. Ce comité « **suit** » l'accord, réalise des évaluations des différents niveaux de cotisations d'équilibre au sein des contrats collectifs et « **propose les moyens d'y remédier** » (**article 12**). **Le dernier mot sur les évolutions des contrats collectifs reste de fait aux opérateurs choisis, sauf à dénoncer les contrats.**

Au bilan : cotisations évolutives selon normes managériales du privé, faible solidarité minimale entre actif·ves (poids du forfaitaire et du plafonnement des cotisations), décrochage des retraité·es, absence de garanties connues en matière de prévoyance, ouverture du marché de la santé au secteur assurantiel, mise en difficulté des mutuelles qui devront satisfaire au moins-disant pour être retenues, pas de maîtrise à terme ni des cotisations, ni des prestations... mais un panier de soins initial jugé satisfaisant et proposé avec participation employeur aux actif·ves.

LE DILEMME DES ORGANISATIONS SYNDICALES

Le texte gouvernemental de la PSC nous rapproche-t-il ou nous éloigne-t-il de notre conception de la solidarité, de la Sécurité sociale, de la protection sociale ? C'est une question essentielle.



Il instaure deux systèmes de cotisations obligatoires : Sécu + PSC (+ bientôt prévoyance ?) alors que la Sécu que nous voulons c'est **une seule cotisation, universelle, proportionnelle, plafonnée, pré-affectée aux différentes caisses des branches existantes et à venir, avec une gestion démocratique des caisses... Le 100 % sécu**. Les cotisations employeur de la Sécurité sociale sont calculées en fonction d'un pourcentage du salaire et plafonnées. Celle de l'assurance complémentaire maladie est forfaitaire pour l'employeur et majoritairement forfaitaire pour l'agent.

L'État a exercé de fait un chantage à la signature majoritaire des OSR du texte sur la PSC car, sans signature, le projet amélioré tombe et seront mises en œuvre, comme point de départ de la PSC Fonction publique, les mêmes conditions que celles de l'ANI du privé. L'absence de mobilisation réelle, sur les enjeux de ces réformes de la PSC comme sur les attaques constantes visant la Sécurité sociale, pénalise la riposte possible et risque de se payer cher... mais tout est réversible si un autre rapport de force se construit.

La participation employeur – qui reste modeste sans être négligeable (une trentaine d'euros) – au début de l'offre - justifiait elle de renoncer aux solidarités traditionnelles, de confier au marché une part toujours croissante des besoins en santé, de lui affecter sans contrôle une fraction de salaire socialisé (cotisations salariales et patronales de la PSC) qui augmentera année après année, de laisser sur le côté retraité·es et précaires, de sacrifier le reste de principes mutualistes de nos mutuelles obligées de s'aligner sur les normes contractuelles imposées (disparition de la solidarité générationnelle, disparition de la solidarité professionnelle avec des cotisations assises sur un % des traitements ou pensions plafonnées) ? Le gain apparent à court terme peut être un pari très risqué sur l'avenir. Quoi qu'il en soit, des combats difficiles mais urgents pour une autre protection sociale sont devant nous ! ■

**Marie-France LE MAREC,
SFRN – FSU - 28/01/2022**

Protection sociale complémentaire : poursuivre le combat pour le 100 % Sécu !

UNE SÉCURITÉ SOCIALE À RECONQUÉRIR !

Le système socialisé à la française s'est montré pendant des décennies et encore actuellement plus efficace face à la crise que des modèles privatisés. La reconquête de la Sécurité sociale passe par la fin de la baisse programmée des ressources qui lui sont dédiées. Et l'extension de ses ressources (hausse des salaires, égalité salariale femmes/hommes, augmentation des cotisations par la lutte contre le chômage...) permettront la mise en place du 100 % sécu, dont le principe « cotiser selon ses moyens et recevoir selon ses besoins » sera accessible à tou·tes.



Or, depuis les années 90, les gouvernements successifs ont inversé la logique en fiscalisant le financement de la sécu (CSG, CRDS, impôts et taxes dont la TVA). Ils ont sans cesse limité les dépenses sociales pour les ajuster aux recettes qu'ils réduisent afin d'augmenter les marges des entreprises (allègements et/ou exonérations des cotisations sociales employeurs sur les bas salaires dont le montant en 2020 est de 75Mds €). Au nom de politiques publiques supposées soutenir l'emploi et « de baisse du coût du travail », sous prétexte de « transformation du CICE en baisse de charges pérennes », la réduction générale sur les bas salaires a été étendue en 2019 aux cotisations patronales de retraite complémentaire et à celles d'assurance chômage. La FSU dénonce toujours le fait que ces mesures ne soient plus intégralement compensées par l'État depuis 2019.

Ainsi, la FSU rappelle ses mandats des congrès précédents pour une protection sociale de haut niveau financée par des cotisations dont l'assiette doit être élargie et gérée démocratiquement.

UN ACCORD NÉGOCIÉ DANS UN CADRE CONTRAINT

Ce projet d'accord découle d'une ordonnance prise par le gouvernement en application de la loi du 6 août 2019. En ce sens, il s'inscrit dans la logique, l'équilibre et les contradictions d'ensemble de celle-ci. La FSU rappelle son mandat d'abrogation de la loi TFP.

C'est aussi au regard de son analyse de la LTFP que la FSU avait exprimé toutes ses réserves et craintes lors de la présentation de cette ordonnance au CCFP.

Le projet d'accord interministériel relatif à la protection sociale complémentaire en matière de santé des agent·es de l'État a été mis en débat dans toutes les composantes de la FSU.

Pour la FSU, la réforme portée par le gouvernement de la PSC pour les agents publics introduit des éléments de redéfinition de la protection sociale qui **ne répondent pas à notre horizon revendicatif du 100 % sécu** et qui ne dessinent pas a priori les contours d'un modèle fondé sur le principe de solidarité entre chacun·es, actif·ves ou retraité·es, selon ses revenus, et hors de toute logique marchande, de concurrence ou de profit.

Le projet d'accord interministériel ne correspond pas aux mandats de la FSU sur plusieurs points :

- il instaure une obligation d'adhésion des agent·es au contrat qui aura été choisi par l'employeur ;
- il maintient et peut aggraver la rupture des solidarités qui existent actuellement entre les actifs·ves et les retraité·es ;
- il maintient la séparation, introduite dans le statut par l'ordonnance de février 2021, de la santé et de la prévoyance, au risque d'entraîner un fort recul de la mutualisation des risques, une augmentation de non-couverture et une augmentation des cotisations dans ce domaine ;
- il renforce la place des complémentaires santé tout en créant de nouvelles opportunités pour les sociétés d'assurance à but lucratif ;

En l'état de la situation créée par l'ordonnance et l'accord relatif à la PSC, la part d'inconnues (volet prévoyance, mais aussi évolution de la cotisation d'équilibre) reste importante et ne garantit pas suffisamment la protection des agent·es sur le long terme. Pour la FSU, il s'agit là d'un axe de vigilance et d'intervention syndicale prioritaires.

Dans la situation, la FSU porte tous ses mandats, aussi bien pour défendre des revendications offensives que défensives selon les possibilités ouvertes par le rapport de force.

DES MÉCANISMES DE SOLIDARITÉ À RENFORCER



Elle a donc pris toute sa part pour peser durant les négociations afin d'obtenir l'instauration de mécanismes de solidarités entre niveaux de rémunération, familiales et intergénérationnelles et pour obtenir un niveau de couverture interministériel de haut niveau pour limiter au maximum les inégalités entre les agent·es des différents ministères ainsi que le recours aux surcomplémentaires encore plus inégalitaires. Elle a ainsi contribué à ce que **l'accord propose des modalités de mise en œuvre de la PSC meilleures que celles de l'ordonnance en instaurant des mécanismes d'un niveau certes insuffisant - de**

solidarités familiales, entre niveaux de rémunération, envers certains précaires et envers les retraité·es : ceux-ci restant à ce stade très insuffisants, la FSU avec ses partenaires syndicaux mènera campagne pour les renforcer.

La FSU dénonce l'absence de participation directe de l'État au paiement de la cotisation de PSC pour ses agent·es retraité·es dont il prend pourtant en charge directement le financement des pensions. La pension étant un salaire continué, les cotisations employeurs qui s'y rattachent doivent être prolongées elles aussi. Cette injustice est inadmissible.

Le projet d'accord proposé par la ministre renforce la participation financière des employeurs publics de l'État à l'assurance complémentaire pour leurs agent·es sur la base d'un ensemble de prestations supérieur aux prestations minimales fixées par le code de la Sécu (dit panier ANI). Il limiterait ainsi les inégalités entre ministères, ainsi que le développement des options et surcomplémentaires encore plus inégalitaires.

Il fixe un financement a minima de la prévention et des actions sociales, des possibilités d'améliorations ou de compléments de la couverture complémentaire en santé par des négociations ministérielles (par exemple pour les agent·es exerçant à l'étranger), un cadre de gouvernance ministérielle du système incluant toutes les organisations représentatives et l'ouverture d'une seconde phase de négociation interministérielle portant sur le renforcement de la prévoyance statutaire, les garanties complémentaires, la participation financière de l'État à ces garanties et les conditions de souscription des agent·es. L'ouverture de négociations sur la prévoyance (et donc la possibilité de recouplage) est conditionnée à la signature majoritaire de l'accord. La FSU dénonce à ce titre le découplage et la méthode employée.

En effet, dans le nouveau cadre législatif imposé par le gouvernement, la non-signature majoritaire de l'accord interministériel avec **l'application la plus restrictive de l'ordonnance aurait entraîné une dégradation**

immédiate considérable de la protection sociale complémentaire des agent-es actifs-ves et retraité-es dès 2024, ainsi qu'une accélération des ruptures de solidarités intergénérationnelles déjà à l'œuvre. Dans tous les cas, aucun retour à l'existant (aussi imparfait soit-il) n'est possible. C'est ce nouveau système qui est imposé. **La FSU dénonce cette forme de chantage instauré par le nouveau cadre législatif.**

Cette modification de la protection sociale des fonctionnaires s'inscrit dans le cadre plus général de la politique néo-libérale menée depuis près de 5 ans qui accroît les inégalités et affaiblit les services publics tout en diminuant les droits de ses agent-es. Les inégalités n'ont cessé de progresser et l'enrichissement d'une minorité d'ultra riches pendant la pandémie connaît un record. En quelques mois de pandémie, les 10 plus grandes fortunes ont vu les fortunes progresser de 86 %... tandis que le gel du point d'indice depuis 2010 conduit à des pertes de pouvoir d'achat des agent-es de la Fonction publique, que le recours à l'aide alimentaire n'a jamais été aussi important dans notre société, et que notre système de santé est très fragilisé. **La FSU continuera à s'opposer et à mobiliser les personnels contre cette politique.**

La FSU construit son analyse syndicale dans son action au plus près des personnels. Elle défend un syndicalisme toujours dans l'intérêt des agent-es et des retraitées. Elle mesure donc aussi les effets concrets qu'aura l'application de l'accord et elle se mobilisera pour intégrer l'enjeu de la solidarité intergénérationnelle qui n'est pas encore résolu. C'est aussi dans ce sens qu'elle agira en poursuivant une démarche offensive, contribuant à réunir les conditions de la réouverture de la négociation pour rendre le plus rapidement possible ce système le plus solidaire possible, en santé comme en prévoyance, et pour en faire un point d'appui pour un autre modèle.

La FSU analyse que le cadre d'application de l'accord aux niveaux ministériels et fonction publique ouvre aussi des possibilités d'action syndicale concrète pour défendre ses perspectives revendicatives pour la protection sociale et la Sécurité sociale. Avec l'instauration de financements suffisants pour rendre effectives les solidarités entre tou·tes les assuré·es sociaux. Elle œuvrera à la création d'un arc syndical et politique le plus large possible, pour une reconquête d'une assurance maladie obligatoire qui rembourse à 100 % les soins prescrits. **Dans cette perspective, la FSU met toute son énergie à construire le cadre intersyndical de lutte pour imposer une autre réforme, plus juste et plus solidaire, porteuse de l'instauration du 100 % Sécu.**

Les organisations syndicales ont une responsabilité pour construire les conditions de la mobilisation la plus large pour défendre nos conquies sociaux, en premier lieu la sécurité sociale et notre système de retraites par répartition. La FSU y contribuera pleinement. ■

Phrase de mandatement :

En conséquence de son appréciation sur l'accord interministériel relatif à la PSC, la FSU décide de le signer, sans que ceci n'implique un accord avec le régime ainsi institué mais avec la détermination de poursuivre sa défense de tous ses mandats.

Retraité.e.s , il est encore temps de payer sa cotisation syndicale. Le barème des cotisations Snesup-FSU retraité.e.s 2021-2022 correspond sensiblement à 40% de la cotisation d'actif (pour une pension à 75%) mais tient compte de pensions plus faibles du fait d'un manque d'annuités ou de carrières incomplètes. 66% de cette somme est déductible des impôts sur le revenu.