

POUR UNE SÉCURITÉ SOCIALE DU 21^E SIÈCLE, NOS PROPOSITIONS



ÉDITO DE PHILIPPE MARTINEZ _____ 3

PÔLE 1 - SYSTÈME DE SANTÉ : TOUT CHANGER ! _____ 4

Le mot de... Mireille Carrot

Fiche 1 - Réorganiser le système de santé _____ 5

Fiche 2 - Prix du médicament : Une bataille de classe _____ 8

Le mot de... Manu Blanco

Fiche 3 - Maison de santé ou centre de santé ? _____ 13

Le mot de... Christophe Prud'homme

Fiche 4 - Télémédecine : docteur Jekyll et Mister Hyde _____ 16

Fiche 5 - « RAC zéro », vers une augmentation des complémentaires santé _____ 18

Le mot de... Jean-Michel Cano

PÔLE 2 - SÉCURITÉ SOCIALE, UN FILET À TOUS LES ÂGES DE LA VIE _____ 21

Le mot de... Daniel Blache

Fiche 6 - Instituer un droit au « bien-vieillir » _____ 22

Fiche 7 - La retraite à 60 ans, et à 75 % du revenu d'activité _____ 26

Le mot de... Gilles Oberrieder et Sylvie Bonnamy

Fiche 8 - Des retraites - de moins en moins complémentaires _____ 30

Fiche 9 - Des régimes - pas si spéciaux _____ 34

Fiche 10 - Politiques familiales : investir pour l'avenir _____ 36

PÔLE 3 - REMETTRE LA MAIN SUR LE « POGNON DE DINGUE » _____ 39

Le mot de Brigitte Langlais

Fiche 11 - Travail et Santé, indissociablement liés _____ 40

Fiche 12 - La CSG, une aliénation des salariés _____ 42

Le mot de... Patricia Tejas

Fiche 13 - Quel financement de la Solidarité ? _____ 47

Fiche 14 - Les cinq défis de la reconquête de la Sécu _____ 51

CONCLUSION DE CATHERINE PERRET _____ 54

Notre Sécu, symbole de solidarité et de modernité

La CGT lance une campagne pour la reconquête de la Sécurité sociale. Notre Sécu, ses objectifs, ses principes, sont symboles d'une société moderne, juste et solidaire. Elle se résume par ces mots qui sont à la base de sa création : « cotiser selon ses moyens, recevoir selon ses besoins ». Pourtant depuis sa création, elle fait l'objet de nombreuses attaques par les gouvernements successifs et surtout par un patronat, qui a combattu de tout temps toutes idées de partage des richesses et société solidaire. La santé, la retraite... aiguïssent les appétits de la finance. Aujourd'hui, par différents tours de passe-passe, le gouvernement voudrait nous faire croire qu'on remboursera plus et mieux en cotisant moins. De plus en plus, ce sont des assurances privées ou des institutions de prévoyance soumises à des critères de rentabilité, qui prennent la main ou plutôt l'argent avec des valeurs s'approchant plus de la charité. En fait, on tend à passer « de la carte Vitale à la carte bleue ».

Nous avons une autre conception de la société : celle d'une égalité des droits en matière de protection sociale. C'est pourquoi nous proposons d'engager un vaste

débat sur le principe d'une sécurité sociale intégrale, un 100 % Sécu, un seul collecteur et payeur. Une Sécurité sociale qui renforce les droits existants et qui en intègre de nouveaux dans la branche maladie, par exemple la perte d'autonomie et la dépendance. Mais également, notre proposition de revenu de substitution en cas de perte d'emploi, la Sécurité sociale professionnelle.

Pour une protection sociale de haut niveau, ce n'est pas aux dépenses qu'il faut s'attaquer. D'ailleurs comment considérer la santé comme un coût dans un pays moderne ? C'est bien vers les recettes qu'il faut se tourner et en finir avec les trop nombreuses exonérations de cotisations (et non pas les charges) dont bénéficient les entreprises, notamment les plus importantes.

Enfin, nous revendiquons une sécurité sociale qui redevienne « propriété de ses cotisants » par le biais d'élections de leurs représentants, garantes d'un véritable pluralisme et de démocratie.

Voilà un projet ambitieux et moderne, qui répond aux besoins des personnes quel que soit leur âge ou leur situation. Un projet symbole d'une CGT visionnaire et force de propositions.

Systeme de santé: Tout changer!

LE MOT DE...

Mireille Carrot

membre de la direction confédérale,
aide-soignante en Ehpad
près de Saint-Étienne et secrétaire
générale adjointe de l'UD de la Loire

« Ce livret est le produit d'un travail réunissant les camarades des deux collectifs confédéraux "Politique de santé, offre de soins" et "Protection sociale", mis en place après le 51^e congrès confédéral. Il est né de l'urgence de revoir en profondeur un système de santé arrivé à bout de souffle, et de la nécessité de répondre aux besoins des populations en termes d'accès aux soins, en recul depuis des années. Une logique était déjà bien engagée : restructurations, fusions, fermeture d'hôpitaux et de services... Depuis longtemps, on ressent cette obsession de créer des structures toujours plus grosses pour faire des économies d'échelle. L'injonction est faite aux travailleurs de la santé de faire mieux, avec moins. Les lois et plans "Santé" successifs ont accéléré cette logique. Combien d'hôpitaux de proximité ont été fermés, vidés de leur substance ? Avec toujours le même discours, selon lequel les conditions de sécurité n'y étaient pas assurées. Mais est-on en sécurité lorsqu'on habite à plus d'une heure de l'hôpital capable de faire de la chirurgie ou des accouchements ? Les groupements

hospitaliers de territoires (GHT) ont des périmètres gigantesques. Les directions et les instances communes, de moins en moins ancrées sur le terrain, éloignent les projets médicaux des populations. Le dernier plan santé du gouvernement vise à les renforcer et à les ouvrir au secteur privé. L'arrêt d'activités au sein des hôpitaux de proximité entraîne une fuite des médecins – y compris des médecins de ville – de certains territoires, qui se meurent peu à peu. Qui en profite ? Les cliniques privées, capables de proposer parfois deux fois et demie le salaire des médecins du public. Cela pose un vrai problème d'accès au soin. À Saint-Affrique, Saint-Chamond, Carhaix... On ne compte plus les mobilisations locales pour empêcher les fermetures de ces structures à taille humaine. Parfois, elles gagnent. Nous détaillons ici les alternatives de la CGT à cette funeste logique. Il faut renforcer les hôpitaux de proximité, créer des liens entre l'hôpital et la ville en créant des centres publics de santé... Ce livret a pour but de réarmer politiquement nos adhérents, nos militants, nos mandatés afin qu'ils portent nos propositions auprès de la population, des professionnels de santé, dans les luttes et dans les institutions. Nos propositions tiennent la route, ça peut marcher, à nous de les imposer dans le débat et par la mobilisation ! »

Fiche 1

Réorganiser le système de santé

1. Une pénurie de médecins ?

Pendant près de quinze ans, le nombre de médecins en formation a été divisé par deux pour atteindre un plancher inférieur à 4000 diplômés par an, contre 8000 au début des années 1980. Si le nombre total de médecins a pu être maintenu en France ces dernières années, c'est seulement grâce à l'apport de médecins formés à l'étranger. Aujourd'hui, près de 25 % des nouveaux médecins qui s'inscrivent au Conseil de l'Ordre ont obtenu leur diplôme hors de France. Dans le même temps, 15 % seulement des candidats au concours de fin de première année obtiennent le droit de poursuivre leurs études.

Notre pays ne manque pas de vocations. Mais nombre de jeunes sont rejetés par le système, et certains d'entre eux partent à l'étranger pour faire leurs études. Le nombre de spécialistes exerçant en France a fortement augmenté. Il dépasse aujourd'hui celui des généralistes. Le nombre de généralistes exerçant vraiment une activité de médecin de famille est inférieur de moitié au nombre d'inscrits au Conseil de l'Ordre. On en compte au total 45000, mal répartis sur le territoire.

► Nous revendiquons **la suppression du « numerus clausus »** et prenons position pour laisser la

possibilité aux universités d'organiser plusieurs voies d'entrée dans le cursus de médecine, y compris par le biais d'une validation des acquis de l'expérience (VAE) pour certains professionnels, et notamment les paramédicaux

► **Il faut former plus de généralistes que de spécialistes** afin de mieux répondre aux besoins d'une population vieillissante atteinte de polyopathologies, pour laquelle l'objectif n'est plus de « guérir » mais de garder le meilleur état de santé possible, le plus longtemps possible.

2. Les déserts médicaux ne sont pas une fatalité

Les médecins sont de plus en plus concentrés dans les centres des grandes villes, tandis qu'ils désertent les campagnes et les banlieues. Dans certaines zones, impossible de trouver des spécialités. Ou alors on trouve seulement des spécialistes qui appliquent des dépassements d'honoraires et limitent ainsi l'accès aux soins aux plus précaires. Les mesures « incitatives » proposées par les différents gouverne-

ments depuis plus de vingt ans se sont avérées vaines. Les zones, déjà déficitaires à l'époque, le sont encore plus aujourd'hui !

► La Sécurité sociale doit définir des **zones d'installation**, en dehors desquelles elle ne conventionnerait pas les médecins. Ces zones seraient définies annuellement par les pouvoirs publics. Ce système a été mis en place pour les infirmières il y

a plusieurs années et a permis une nette régression des disparités géographiques – sans provoquer de levée de boucliers dans la profession.

► **La formation continue** des médecins volontaires et/ou en reconversion professionnelle doit être prise en charge par l'État en échange d'un engagement à travailler dans une zone prédéfinie.

3. Des centres de santé partout !

Aujourd'hui, moins de 10 % des jeunes médecins s'installent en

cabinet libéral isolé, et en général, à un âge de plus en plus tardif (entre

35 et 40 ans). Les jeunes médecins aspirent à exercer en groupe pluri-

professionnel, et à être salariés – ou, en tout cas, à déléguer à un tiers la lourde gestion administrative de leur activité et de leur structure.

► Il faut encourager le développe-

ment de **centres de santé pluri-professionnels** dont la gestion peut être assurée par des établissements publics de santé, des collectivités locales, des

structures coopératives ou des associations à but non lucratif.

► Dans ce cadre, le médecin et les autres professionnels de santé doivent être des salariés.

4. En finir avec la rémunération à l'acte

Le paiement à l'acte est un mode de fonctionnement dépassé. Aujourd'hui, il empêche la coordination et la fluidité du soin des patients, condamnés à additionner les actes sans pour autant qu'ils suivent une quelconque cohérence. Ce travail de coordination, essentiel aujourd'hui pour un soin de qualité, doit être effectué. À défaut de quoi le résultat des parcours est souvent de piètre qualité.

« Nomadisme » médical, surconsommation de médicaments ayant de nombreux effets secondaires et créant de nouveaux problèmes de santé, insatisfaction du patient trop souvent désorienté... Tout cela provoque une perte d'efficacité et c'est un véritable gâchis. Les moins armés pour s'orienter – à savoir les moins éduqués et les plus pauvres – sont mal ou trop tardivement pris en charge.

► Il faut mettre en place un financement forfaitisé des structures de soins conventionnées avec la Sécurité sociale, comprenant une part liée à la variation du volume d'activité.

► Dans ces structures, les professionnels doivent être rémunérés en salaire ou, s'ils le désirent, sous une autre forme dont ils décident des critères entre eux.

5. Réparer la fracture ville/hôpital

Historiquement, les mondes de la médecine « en ville » et de la médecine à l'hôpital se sont développés de manière parallèle sans véritable coordination, voire, parfois, en opposition.

Mais la situation des services d'urgences, aujourd'hui catastrophique, a mis en lumière la nécessité d'une continuité entre la ville et l'hôpital. En 2002, Jean-François Mattéi a mis fin à l'obligation, pour les médecins, de faire des gardes. Résultat : la fréquentation des urgences a bondi de 50 %, passant de 12 millions de passages en 2012 à 19 millions en 2015. Cette situation était prévisible au regard des expériences étrangères du même type. Certains politiques et médecins (qui sont d'ailleurs parfois les mêmes !) essaient de culpabiliser les patients qui « *viendraient pour des bobos aux urgences* » et ont même inventé le terme de « bobologie » : c'est inacceptable.

Primo, les études montrent que les patients viennent aux urgences car ils ne peuvent plus obtenir une consultation dans la journée auprès de leur médecin traitant – quand ils en possèdent un. Par défaut, ils se présentent aux urgences. *Secondo*, ils déclarent que même si le délai de prise en charge est de plusieurs heures, ils trouvent « tout » sur place, alors que leur médecin traitant, en cas de problème, va leur demander une radio ou une prise de sang, ce qui génère de nouveaux rendez-vous et déplacements difficiles à gérer. Autre explication du fréquent recours aux urgences : les patients sortent régulièrement de l'hôpital le vendredi soir, sans compte rendu, sans organisation de soins en ville. Les plus fragiles, souvent les personnes âgées, sont livrés à eux-mêmes, se retrouvent dans des situations inextricables, sans pouvoir trouver un infirmier ou se procurer le matériel médical

dont ils ont besoin... et reviennent à la case urgences.

► L'organisation du système doit se faire **au niveau territorial**, entre l'hôpital et les centres de santé, soit en gestion directe (centre de santé géré par l'hôpital), soit de manière contractuelle (autre gestionnaire).

► **Les médecins doivent avoir activité mêlant ville et hôpital.** Cela correspond à leurs aspirations et permet une gestion optimale des ressources humaines, notamment des spécialistes.

► Pour l'hôpital, cela exige, comme pour la ville, de **sortir du financement à l'acte** (T2A ou tarification à l'activité) pour **passer à un financement forfaitaire** sur la base d'objectifs de santé calibrés pour le territoire. L'hôpital et le réseau de centres de santé y gèreraient l'offre de soin.

6. Hôpitaux : maintenir la santé en dehors du domaine lucratif

La mise en place de la Sécurité sociale, en 1945, a laissé perdurer de nombreux éléments de l'ancien système : assurances com-

plémentaires, médecine libérale ou cliniques privées. C'est une situation étonnante au regard du système étatisé anglais ou

du système allemand, où seul le secteur privé à but non lucratif a droit de cité. Avant le tournant de la rigueur des années 1980, les

progrès de la médecine, le développement d'hôpitaux publics modernes, notamment des CHU, a permis aux cliniques privées de proliférer dans l'ombre sans que personne ne s'en préoccupe. Tant que les cliniques privées avaient des médecins pour fondateurs, propriétaires et travailleurs, tant qu'elles coexistaient en paix avec des structures publiques, personne n'y voyait d'inconvénient. Mais au tournant des années 1990, des investisseurs ont racheté ces cliniques – comptant bien sûr la rentabilité de ces capitaux inves-

tis. Sont alors apparues en plein jour les réalités d'un système à but lucratif : sélection des activités rentables, restructurations massives et concurrence avec le système public. Aujourd'hui, nous sommes face à de grands groupes dont certains, comme Elsan, domicilient leur siège dans un paradis fiscal et sont de véritables prédateurs.

► Le conventionnement par la Sécurité sociale doit être réservé aux structures publiques et privées à but non lucratif. Les établissements

privés à but lucratif ne doivent plus bénéficier de l'argent de la Sécurité sociale pour financer leurs investissements.

► Nous voulons construire un grand service public de la santé reposant sur une articulation entre des hôpitaux à statut public et des centres de santé, dont le personnel bénéficierait du statut de la fonction publique. Pour la CGT, la santé doit relever de l'État, car c'est un bien commun qu'il faut absolument préserver de la sphère marchande.

7. Renforcer et développer les hôpitaux de proximité

La stratégie des libéraux consiste à ouvrir le marché de la santé au Capital. Pour cela, il est nécessaire d'affaiblir l'épine dorsale du système public de santé : l'hôpital public. Cela explique pourquoi, depuis près de trente ans, nous assistons à la fermeture progressive des hôpitaux de proximité. Dans un premier temps, l'argument de la sécurité a été mis en avant sans aucune preuve. Aujourd'hui, c'est au tour de celui de la « pénurie médicale », sciemment organisée pour aboutir à ce résultat !

Aujourd'hui, on ferme des hôpitaux de proximité en les remplaçant par

des ersatz, moins qualitatifs. Par exemple, on ferme des maternités pour ouvrir des « maisons de naissance » où ne sont présentes que des sages-femmes. Les blocs opératoires sont fermés sous prétexte qu'au vu de leur faible activité, ils feraient baisser les chirurgiens en compétence. Cette activité est évaluée à l'aune du nombre d'actes pratiqués, alors qu'on sait bien que le critère du nombre d'interventions est le seul qui vaille. À l'heure du développement tous azimuts de l'ambulatoire, nous estimons que c'est au chirurgien de se déplacer pour opérer sur divers sites, et non au patient de faire des heures

de transports pour atteindre des « usines à opérer ».

► **Le maillage d'hôpitaux de proximité** doit être maintenu et développé, s'inscrivant dans une logique d'aménagement du territoire.

► L'hôpital de proximité doit être un établissement doté d'un service d'urgences, d'une maternité de niveau 1, de services de médecine et de chirurgie, de services de soins de suite et de structures pour les personnes âgées (Ehpad, USLD). Il doit être en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.

8. Réinsuffler de la démocratie dans le système de santé

L'absence de démocratie dans le système de santé s'est aggravée avec la mise en place des ARS (agences régionales de santé). Le pilotage territorial du secteur de la santé peut être considéré comme une avancée. Mais la nouvelle configuration régionale a créé des entités qui ont la taille de certains pays européens, avec un éloignement des structures décisionnelles du terrain. La concentration des pouvoirs dans les mains du directeur général ne laisse quasi-

ment aucune place à l'expression démocratique. L'absorption de structures de la Sécurité sociale a pour unique objectif de prendre le contrôle financier de cette institution, qui ne devient plus qu'un payeur aveugle.

► Il faut rétablir les structures administratives déconcentrées de l'État dans les territoires, à l'image de ce qu'étaient les Ddass et les Drass. Ces structures doivent retrouver leurs prérogatives,

trop souvent confiées à des « agences » développées en dehors de l'administration d'État.

► Il faut créer des chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des professionnels, des organisations syndicales de salariés, les organismes de Sécurité sociale et les services déconcentrés de l'État.

Fiche 2

Prix du médicament: Une bataille de classe

1. Une petite histoire du prix du médicament

En France, les prix du médicament sont très loin du simple résultat de l'offre et la demande. Jusqu'aux années 1940, les prix pratiqués par l'industrie pharmaceutique se sont développés sans intervention de l'État. Ce n'est qu'avec l'avènement de l'assurance sociale, et pour encourager le développement d'une industrie, que **l'État décide d'encadrer les prix des médicaments**. Au départ, l'intervention de l'État sur le marché visait à assurer l'accès aux soins pour la population, et non à rendre l'industrie pharmaceutique économiquement performante.

C'est pourquoi ce secteur industriel dépendait du ministère de la santé. Puis l'État et les firmes pharmaceutiques ont passé un compromis : l'État garantissait aux entreprises des volumes de consommation élevés, financés essentiellement par la Sécurité sociale en échange de prix « relativement » bas.

Il aura fallu attendre 1980 pour que le ministère de la Santé mette en place un dispositif d'expertise – appelé à l'époque « commission de la transparence » – censé leur fournir des arguments quant à la valeur ajoutée des nouveaux médi-

caments. Le concept de **service médical rendu (SMR)** s'institutionnalise seulement en 1999-2000. On évalue le médicament en mesurant l'efficacité du produit vis-à-vis des alternatives thérapeutiques déjà existantes. C'est à cette époque que l'on commence à se pencher sur le coût réel d'un médicament. C'est aussi à ce moment que la fameuse phrase « *la santé n'a pas de prix mais elle a un coût* », servie à toutes les sauces encore aujourd'hui, a vu le jour.

2. Remboursé!?

Le SMR est un critère établi par la Haute autorité de santé (HAS). Il dépend de la pathologie visée par le médicament, et des caractéristiques propres à celui-ci, indiquées par le laboratoire au moment de l'autorisation de mise sur le marché. L'évaluation effectuée par la HAS doit cerner **l'efficacité du médicament, ses effets indésirables éventuels, son utilisation thérapeutique optimale et son intérêt pour la santé publique**. La combinaison des trois débouche

sur quatre résultats possibles : SMR majeur, donc remboursé à 100 %, modeste, remboursé à 65 %, encore plus modeste, à 15 %, ou insuffisant : pas remboursé du tout. L'augmentation du service médical rendu (ASMR) mesure le progrès thérapeutique d'un médicament au fil du temps. Elle sera prise en compte dans la fixation du prix et du taux de remboursement. Les critères sont classés de 1 à 5 : amélioration majeure, importante, modérée, mineure, inexistante.

Bien que la HAS soit une institution indépendante, celle-ci manque de moyens, notamment en effectifs d'experts. Elle a donc recours à des experts extérieurs. Bien souvent, ces scientifiques entretiennent des liens étroits avec l'industrie pharmaceutique. On peut dire, et ce sans caricaturer, que pour une grande partie des expertises réalisées par la HAS, les labos s'expertisent les uns les autres, et à partir de données fournies par... eux-mêmes.

LE MOT DE...

Manu Blanco

membre de la direction confédérale,
secrétaire fédéral Fnnc-CGT en charge
de l'industrie pharmaceutique

« La dernière loi de finances prévoit un milliard d'économies sur le médicament. Le lobby de l'industrie pharmaceutique, le LEEM, ne cesse de prier pour qu'on l'épargne, arguant que le médicament ne représente que 15 % du budget de l'assurance maladie et représente presque la moitié des économies demandées à la Sécu. C'est vrai, mais cela représente tout de même 34 milliards d'euros qui vont directement dans les poches des laboratoires. Malgré ce qui est déremboursé ou "génériqué", on n'arrive pas à faire baisser ce volume de 15 %, car les nouveaux médicaments arrivant sur le marché, les "princeps" sont fixés à prix exorbitants ! Ces prix sont complètement déconnectés du coût de production – y compris en recherche et développement. La marge opérationnelle, le bénéfice moyen des industries pharmaceutiques dans le monde s'élève à 30 %. C'est scandaleux, ils font de l'argent sur la santé des patients. Il faut aussi remettre en cause la loi qui empêche de créer

des génériques ou biosimilaires avant vingt ans de mise sur le marché de "l'original", qui pose la question de la légitimité de la propriété intellectuelle, et qui pérennise la rente des labos. Il faudrait un organe complètement indépendant, à l'échelle européenne, qui décide du prix des médicaments. Aujourd'hui, les experts aux postes de décision sont toujours liés à des laboratoires. Il faudrait former des experts de manière indépendante, leur permettre de rembourser leurs études en travaillant obligatoirement pour l'État pendant dix ans – comme pour les normaliens – et les rémunérer correctement pour éviter qu'ils ne soient happés par les ponts d'or que leur offrent les industries. Cette question du prix du médicament nous touche tous : c'est sur nos cotisations que se servent les Sanofi, Pfizer, Bayer ou encore Gilead. Nous sommes tous escroqués par les labos, quand nous voyons le prix de nos mutuelles grimper inexorablement du fait des déremboursements, c'est aussi un pillage du financement de la Sécurité sociale. Et cette arnaque est avalisée par les gouvernements successifs. Le médicament est un bien commun de l'humanité, et non une marchandise comme les autres. Son prix ne devrait pas excéder son coût de recherche et de production. »

3. Conflits d'intérêts en pagaille

La fixation du prix d'un médicament est le fruit de négociations au sein du Comité économique des produits de santé (CEPS), un organisme placé sous l'autorité des ministères de la Santé, de la Sécurité sociale et de l'Économie. Il est chargé par la loi de fixer les prix des médicaments pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Son rôle est, après avis de la commission de transparence, de négocier avec l'industriel le prix

et le taux de remboursement aux assurés sociaux du médicament qu'il veut commercialiser.

Mais ces négociations ont lieu sur la base des informations fournies par... l'industriel lui-même, au moment de l'autorisation de mise sur le marché, et des avis rendus par... les experts en Commission de transparence. Ces liens d'interdépendance laissent penser que des arrangements peuvent avoir lieu

entre laboratoires. Il y a par conséquent **un véritable déséquilibre en faveur de l'industrie pharmaceutique** – sans parler de leur lobbying sur les services publics, reconnu comme l'un des plus puissants – qui ne peut que confirmer les **doutes sur la justesse** des prix concédés. Doutes par ailleurs décuplés au regard des résultats financiers de ces labos.

4. Des critères critiquables

Les prix sont négociés sur la base d'autres éléments plus ou moins factuels, mais toujours fournis par les laboratoires :

- **les prévisions de vente médicalement justifiées.** Lorsqu'un prix est accompagné d'une « clause volume/prix », cela signifie qu'il est fixé en fonction des volumes de ventes prévisionnels. Si ces volumes sont dépassés, lors de la négociation suivante, le prix baisse. De

ce fait, nombre de laboratoires se mettent volontairement en rupture de stock lorsque les volumes prévisionnels sont atteints, dans le but de garder le prix le plus haut et maintenir la marge la plus importante possible. Cela n'est pas sans conséquence pour les patients : bien que cette pratique n'en soit pas la seule cause, nous sommes passés d'environ une vingtaine de ruptures par an à

- plus de 300 en vingt-cinq ans ;
- **Les coûts prévus pour former et informer les professionnels de santé sur le médicament et sa posologie.** On ne parle pas, dans l'industrie pharmaceutique, de « publicité », mais des coûts d'information et/ou formation des professionnels de santé sur les médicaments. En pratique, cette information des professionnels de santé passe par une mécanique de

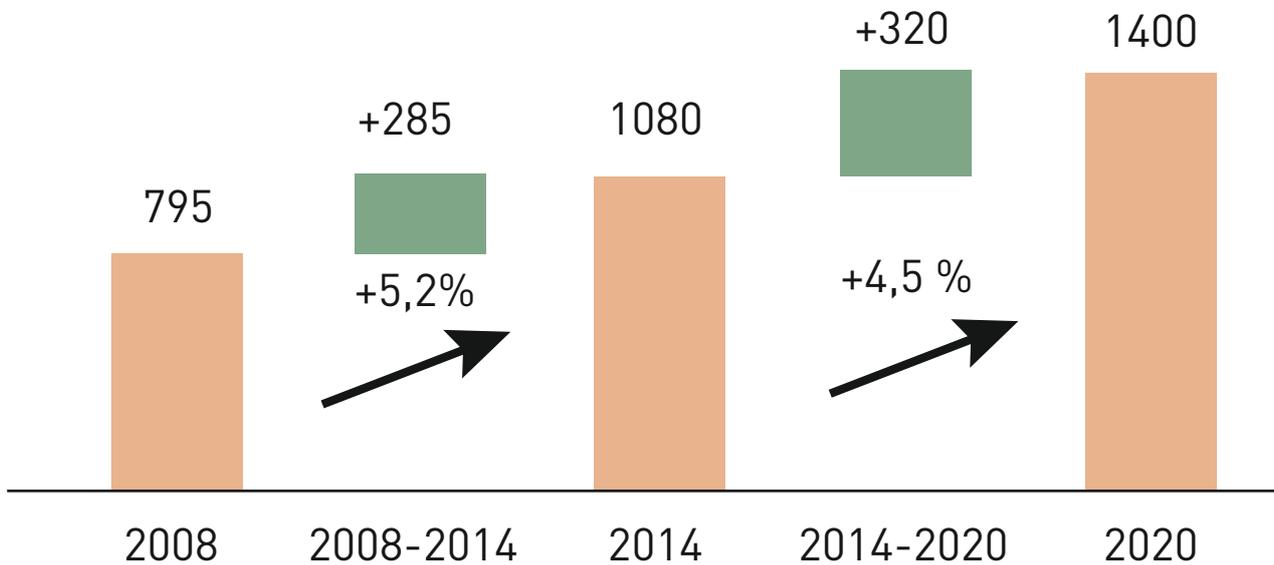
ciblage des médecins, selon leur « facilité » à prescrire, en fonction d'études de marché qui prennent en compte les pathologies cibles, les spécialités des praticiens, leur lieu d'exercice, leur localisation géographique... Bref, pas de la pub... Pire ! On est loin de l'obligation pour tous les laboratoires d'informer l'ensemble des professionnels de santé ;

- **les « économies » engendrées par la production d'un médicament.** La rémunération de « coûts évités » est devenue l'un des leitmotivs des laboratoires. La logique invoquée ? Si un médicament guérit, cela représente de fait des économies réalisées pour la Sécurité sociale. Une quote-part de ces économies devrait par conséquent être introduite dans le

prix du médicament concédé au laboratoire. En d'autres termes, la guérison d'un patient par une nouvelle médication ayant évité un traitement à vie, un suivi médical, une ou plusieurs hospitalisations et/ou d'autres soins, le laboratoire devrait bénéficier d'une partie de l'argent « non dépensé » par la Sécurité sociale... L'industrie du médicament, à travers son

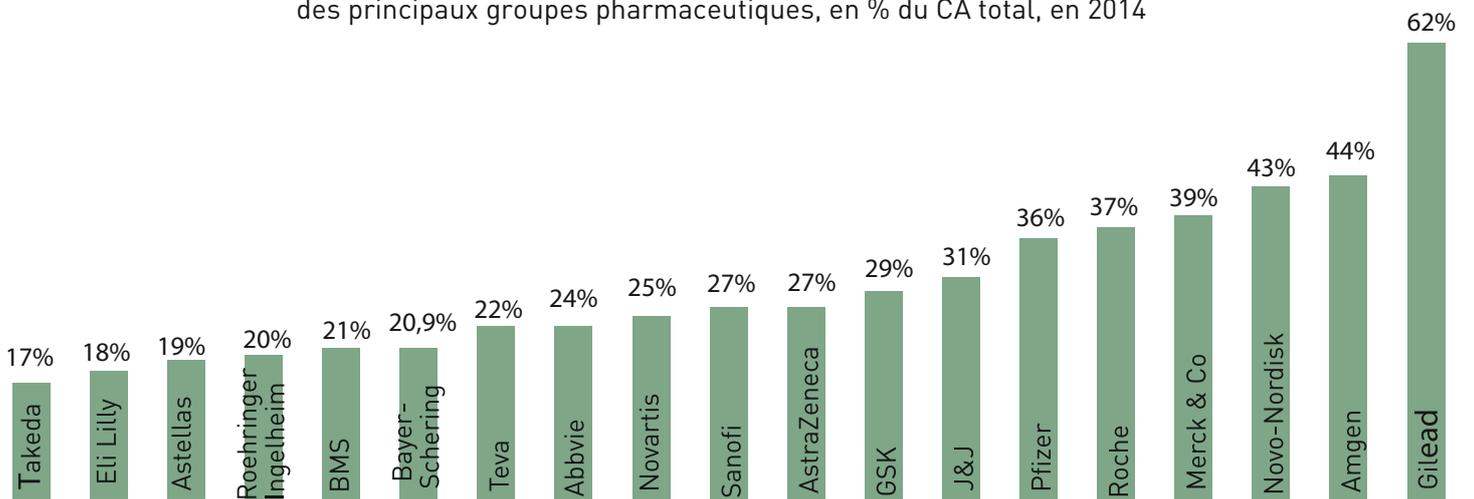
CHIFFRE D'AFFAIRES MONDIAL DEPUIS 2008 ET PERSPECTIVES 2020

Marché mondial du médicament (en Md\$)



TAUX DE MARGE OPÉRATIONNELLE

(retraitée des amortissements et des éléments exceptionnels), des principaux groupes pharmaceutiques, en % du CA total, en 2014



syndicat – le LEEM – revendique que tout ou partie de ces économies est son dû. Ainsi, on devrait faire rentrer dans le prix du vaccin antigrippe non seulement son coût de production, mais aussi une somme corres-

pondant au coût d'un traitement antigrippe pendant huit jours pour le nombre potentiel de gens qui auraient pu être contaminés. À ce compte-là, les marques agroalimentaires pourraient aussi demander à

l'État une indemnisation pour leur avoir épargné de payer l'entretien d'un cimetière, étant donné qu'ils ont permis à des gens de ne pas mourir de faim...

5. L'État ploie devant les jérémiades des laboratoires

Avec l'accumulation des scandales – Mediator, Levothyrox, Androcure – le gouvernement annonce à grand renfort de flonflons une régulation plus sévère des entreprises pharmaceutiques. Mais les politiques de transparence qu'il prétend mettre en place sont des politiques de façade. Tant que le CEPS et son système d'arrangement entre amis perdurera, tant qu'il n'y aura pas d'experts indépendants à l'ANSM, la transparence restera un mot sur un bout de papier. En ce moment, les industriels font pression pour raccourcir les délais des essais cliniques, pour que « l'évaluation des nouveaux médicaments suive

le rythme de l'innovation ». Mais chacun sait que raccourcir la durée des essais cliniques ou leur panel, c'est prendre plus de risques – d'autant qu'il n'existe pas de contrôles après l'autorisation de mise sur le marché des médicaments...

Le LEEM justifie la prétendue difficulté à être compétitives des industries par la pression fiscale française qui serait de 54 % des résultats. « La plus importante en Europe », d'après eux. Cette étude a été présentée lors d'une réunion paritaire. Les questions de la CGT aidant, l'expert a fini par nous dire que cette étude (sur le site du LEEM) était à prendre

à titre indicatif, les régimes fiscaux des différents pays ayant des politiques complètement différentes, voire opposées. Nous avons soulevé la question de la prise en compte des aides fiscales et autres – Crédit d'impôt recherche, Crédit d'impôt compétitivité emploi, allègement de cotisations – pour mesurer la fiscalité française sur le médicament. Réponse ? Ces aides, « non mesurables », n'avaient pas été prises en compte dans leurs calculs. Cette étude n'est en fait rien d'autre qu'une propagande orientée et mensongère.

6. Quand les laboratoires se goinfrent sur notre Sécurité sociale

L'industrie du médicament justifie son exigence de prix élevés par des coûts importants – la recherche et développement, d'industrialisation, les coûts de « promotions », les coûts salariaux, les investissements lourds... C'était peut-être vrai à une époque, mais ce n'est certainement plus le cas depuis longtemps. Pour en faire la démonstration, il suffit de regarder les résultats financiers de l'industrie pharmaceutique et leur utilisation. Les chiffres et graphiques ci-contre sont ceux

de différents cabinets d'experts désignés par les organisations syndicales de salariés à l'occasion d'une négociation sur le devenir de l'emploi en paritaire LEEM cette année.

Notons que l'industrie pharmaceutique dispose d'un avenir prometteur... Remarquons ensuite le record du laboratoire Gilead, à 62 % de marge opérationnelle, grâce essentiellement à son médicament Sovaldi. Véritable avancée thérapeutique dans le traitement de l'hépatite C, le prix imposé par

le laboratoire est scandaleux. Le laboratoire exigeait que son médicament soit vendu en France à 91 000 €. Après négociation avec le CEPS, ce chiffre descend à 46 000 €, pour un traitement de 8 semaines. Soit 25 000 € de marge pour le laboratoire. En Inde, le même traitement est commercialisé à 2 000 €. Preuve que les prix varient fortement en fonction des capacités des populations et de leurs systèmes de sécurité sociale à payer.

7. Taxer les labos pour garder la sécu à flots

L'industrie du médicament ne cesse de se lamenter sur le niveau des prix, inférieur à... leurs désirs. Les politiques d'économie imposées aux laboratoires mettraient en danger leur capacité à être compétitifs, à investir dans l'outil industriel, à financer la recherche et à assumer

le coût des échecs de recherche – nouvel élément dans leur argumentaire – et le coût et la lenteur des AMM en France.

Le médicament pèse un peu moins de 15 % dans le budget de la Sécurité sociale. Il supporte 50 % de la politique d'économies de la Sécurité

sociale sur son budget, d'un montant variant entre 1 et 1,4 milliard les cinq dernières années. Le LEEM n'hésite bien sûr pas à en faire état et s'en plaindre.

Tant mieux ! Pour nous, ces économies sont – pour une fois – nécessaires ! L'équilibre budgétaire de la

Sécurité sociale doit prédominer sur tout le reste. Mieux vaut réduire les coûts liés aux marges de l'industrie pharmaceutique, que baisser le taux de remboursement des médicaments. La lutte des classes passe aussi par les batailles autour de l'établissement du prix du médicament. Ces économies doivent se

poursuivre jusqu'à obtenir un juste prix du médicament, et un nettoyage de la pharmacopée.

Quid des arguments du LEEM contre ces politiques, qui soi-disant les tuent à petit feu ? Les chiffres du graphique ci-dessous, représentant l'affectation des résultats de plusieurs groupes pharmaceutiques,

sont édifiants. En 2014, 71 % du résultat de Sanofi a été octroyé au rachat d'actions et versement des dividendes, contre 13 % consacrés à l'investissement. L'écart est encore plus grand pour GSK – 78 % contre 22 % – et il en est de même pour les autres groupes, y compris ceux qui ne figurent pas dans ce graphique.

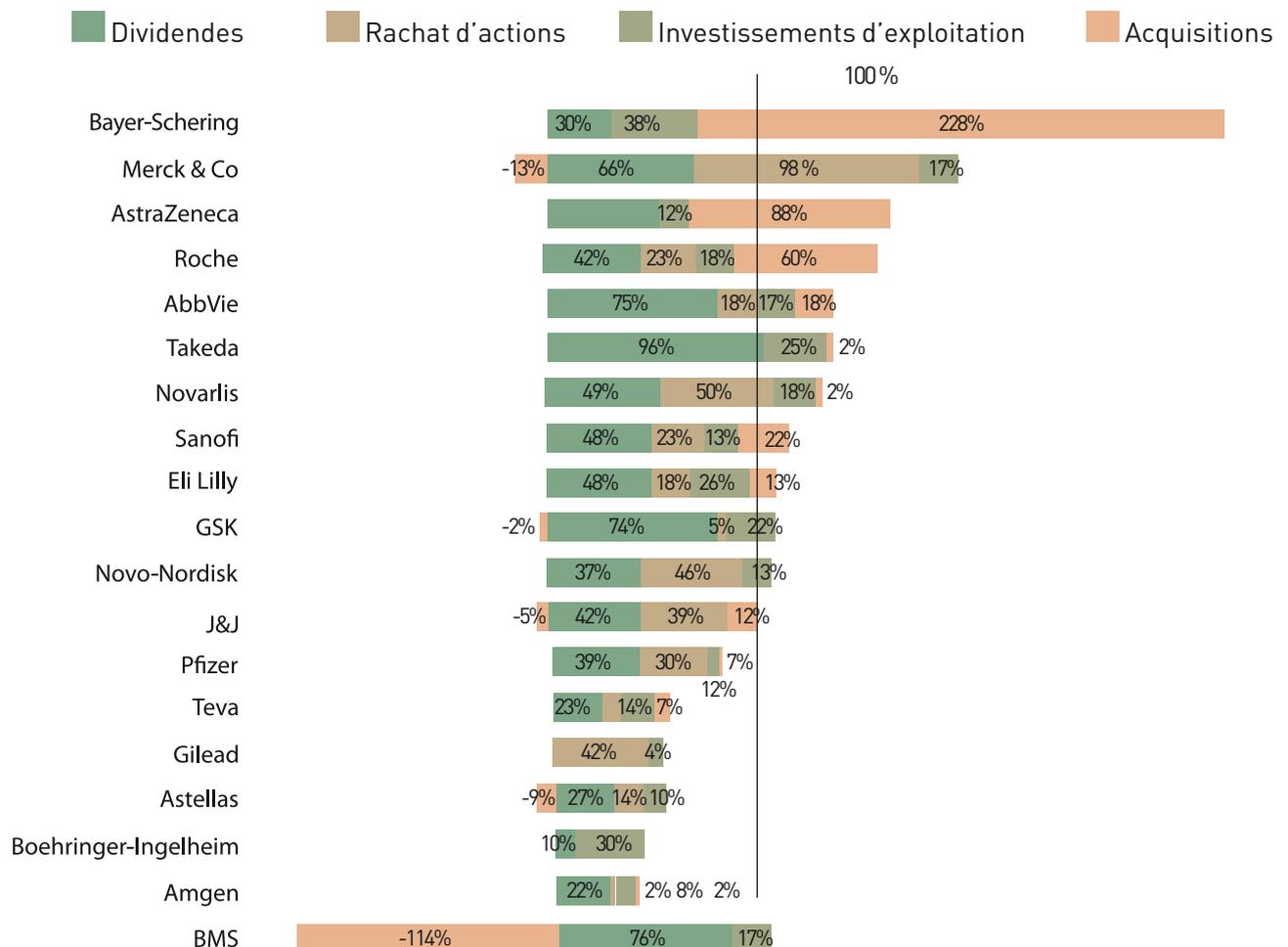
8. L'industrie au service de la santé, et pas l'inverse

Sans en faire une conclusion ou la seule solution, n'y a-t-il pas, dans cette politique d'économies sur le prix du médicament un axe de réflexion, une piste à suivre ? Nous faisons de la poursuite de cette politique notre revendication. Le

médicament n'est pas un bien marchand. L'industrie pharmaceutique doit être une industrie au service de la santé publique et garantissant notre indépendance thérapeutique. Elle doit sortir des stratégies et politiques qu'elle mène depuis des

années, qui n'ont pour réflexions et objectifs que la profitabilité à tout prix, pour encore et toujours plus de rétribution de l'actionnaire. La nationalisation de cette industrie ne doit plus être une réflexion taboue.

AFFECTATION DE LA TRÉSORERIE D'EXPLOITATION (EBE) EN 2014



Fiche 3

Maison de santé ou centre de santé ?

1. La fin d'un archétype

Les représentants institutionnels de la médecine libérale se sont retrouvés ces dernières années dans une situation difficile. Les jeunes médecins n'aspirent plus à un mode d'exercice indépendant, qui, avec l'inflation des tâches administratives et de gestion quotidienne (carte Vitale, tarification à l'acte etc.) est devenu trop contraignant. Fini, l'amour du travail solitaire, en cabinet, fini, le fantasme consistant à « gérer sa petite entreprise ».

Ce mode d'exercice ne convenait plus non plus à la population. Aujourd'hui, 60 % des dépenses de l'assurance maladie sont liées aux affections de longue durée (ALD), c'est-à-dire à des patients de plus de 50 ans, atteints de

maladies chroniques multiples et nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire au long cours. Vis-à-vis de ces patients, l'objectif n'est plus de « guérir » une maladie en tant que tel, mais de maintenir le malade au meilleur état de santé possible, le plus longtemps possible. Or, cette prise en charge, malgré toute la bonne volonté des médecins, n'est plus possible en exercice isolé.

Désormais, les jeunes médecins aspirent à un mode d'exercice en équipe. Ils peuvent ainsi échanger entre eux face aux évolutions de la médecine et à la complexité des prises en charge. Les nouvelles pathologies mobilisent une somme de connaissance et de techniques

qu'un individu, seul, ne peut maîtriser. Les chiffres parlent d'eux-mêmes : moins de 10 % des jeunes médecins s'installent en libéral dans un cabinet isolé. En 2016, 52 % des médecins exerçaient en cabinets de groupe. Ces praticiens refusent d'être cantonnés à un exercice monotone et stéréotypé. Ils réclament une mixité d'exercice entre la ville et l'hôpital, ou d'autres activités comme la PMI ou des missions de santé publique. La féminisation de la profession a modifié son état d'esprit, avec une aspiration – y compris des jeunes hommes – à un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie personnelle.

2. Le mirage des « maisons de santé pluridisciplinaires »

De nouveaux modèles répondent à cette tombée en désuétude. Certains jeunes médecins montent des « maisons de santé pluridisciplinaires ». Elles permettent aux praticiens de mutualiser les frais de gestion des structures, les investissements, et de solliciter des aides financières aux collectivités. Peu à peu, ces maisons ont pris de plus en plus de place dans le paysage de la médecine libérale.

D'autant qu'elles ont un temps constitué une « réponse miracle » aux yeux des élus de villes en proie à la désertification médicale. Apparue dans les années 2000, le mouvement s'est développé pour atteindre 235 maisons de santé en 2012. Il a connu une accélération notable sous le ministère de Marisol Touraine, puisque la barre des 1 000 a été franchie en 2015. Pourtant, ces maisons montrent déjà

leurs limites. Malgré des investissements importants des élus locaux, ces maisons restent parfois bien vides. Elles ne suffisent pas à attirer de jeunes médecins vers des zones désertées, quand bien même on leur propose de luxueuses conditions d'exercice. Les maisons ne règlent pas le problème de l'inégale répartition des ressources humaines sur le territoire. Cette solution évite de

LE MOT DE...

Christophe Prudhomme

médecin urgentiste au Samu du 93,
Porte-parole de l'association des médecins urgentistes
de France CGT Santé

« Le système de santé est en train de s'effondrer, et la population comme les professionnels en font les frais. Il faut remettre ce système à plat autour de deux principes : un service public dont le personnel est salarié sous le statut de la fonction publique hospitalière d'une part, une répartition de l'offre de soins sur le territoire de l'autre. Pour cela, il faut que l'État joue son rôle en termes de planification et d'aménagement du territoire. Depuis des années, avec la CGT, nous menons une politique de proposition. Centres de santé, salariat des médecins, sécurité sociale à 100 %... Les idées qu'on taxait hier d'utopiques font aujourd'hui partie du débat politique.

Dans les batailles locales, elles permettent de porter des alternatives aux politiques de fermetures, qui se concrétisent parfois. Cette fiche doit être un outil sur le terrain, pour que les camarades s'en saisissent, et marquent des points dans les esprits et dans la réalité. Par exemple, dans la lutte contre la fermeture des urgences de l'hôpital de Pithiviers, qui a déjà perdu ces dernières années sa maternité et son service de chirurgie, les militants du comité de défense locale comme les syndicalistes, avancent nos propositions de renforcement d'un hôpital de proximité auquel seraient reliés des centres de santé. Au Pays basque, nous sommes parvenus à transformer une clinique privée en établissement public de soin. À la fin, même Michèle Alliot-Marie, responsable des Républicains, a été contrainte de saluer le retour d'une offre publique de soins sur son territoire. Faisons vivre ces propositions en interne, comme en externe. »

poser la question de la suppression de la sacro-sainte liberté d'installation.

Dans un système de rémunération à l'acte, ces maisons ne permettent pas de remédier au manque de fluidité et de coordination des soins des patients aux pathologies lourdes. À l'intérieur de ces « cabinets de groupes », les médecins restent une somme de soignants individuels, et non une équipe

travaillant de concert sur une pathologie. Mis à part les initiatives de certains professionnels particulièrement volontaristes, la seule mutualisation à l'œuvre est celle des frais de gestion de la structure, et non la collaboration médicale entre soignants.

L'équilibre financier des structures pose lui aussi problème. De nombreux gestionnaires sont inquiets quant à leur avenir, du fait de mon-

tages financiers complexes sans aucune garantie de pérennité. Le mode de rémunération à l'acte – autre pilier archaïque de la médecine libérale – demeurant, toutes les missions de coordination et de prise en charge en équipe reposent sur des enveloppes particulières dont l'avenir reste précaire.

3. Des centres de santé contre les déserts médicaux

Un centre de santé est une structure pluriprofessionnelle qui salarie les soignants et personnels administratifs. C'est sa différence fondamentale avec une maison de santé. Il est doté de personnels administratifs, salariés eux aussi, qui en assurent la gestion. Le salariat séduit de plus en plus les médecins. La féminisation

du métier donne un autre éclairage au statut d'indépendant : combien sont celles qui se retrouvent dans la panade, sans protection, pendant leur congé maternité et, bien souvent, après ? Le salariat et ses solidarités anticipent ces événements, quand l'indépendance condamne à la solitude et à la débrouille individuelle. La

CGT propose d'organiser ces centres de santé en réseau sur le territoire, et de les rattacher à un hôpital de référence. Les salariés, mobiles sur ces structures, y bénéficieraient tous du statut de la fonction publique hospitalière.

4. Clé d'un grand nombre de problèmes

Le maillage de l'ensemble du territoire avec de tels centres constitue la meilleure arme contre les déserts médicaux. Il permettrait de réguler la répartition des médecins sur le territoire, en créant des postes de

fonctionnaires – donc attractifs – là où le besoin s'en fait sentir, sans pour autant toucher à la liberté d'installation, où s'inscrire dans une démarche punitive. Le centre de santé permet d'assurer la continuité du service

public, et de gérer l'aménagement du territoire. Le département de Saône-et-Loire, qui avait tout essayé pour attirer de jeunes médecins, a fini par créer un centre de santé départemental comptant 30 centres. Les

candidatures sont aujourd'hui plus nombreuses que le nombre de postes disponibles.

Les centres de santé ont d'autres atouts. Les soignants n'ont pas à se préoccuper de la gestion administrative, et peuvent se consacrer entièrement au soin. Un centre de santé pourrait intégrer un plateau technique de radiologie ou de biologie contrairement à une maison de santé, dont l'organisation individuelle des membres rendrait la gestion de ces gros équipements trop complexe. Si les médecins généralistes qui y exercent sont généralement à plein temps, les spécialistes sont souvent des consultants hospitaliers (en provenance de l'hôpital de référence du

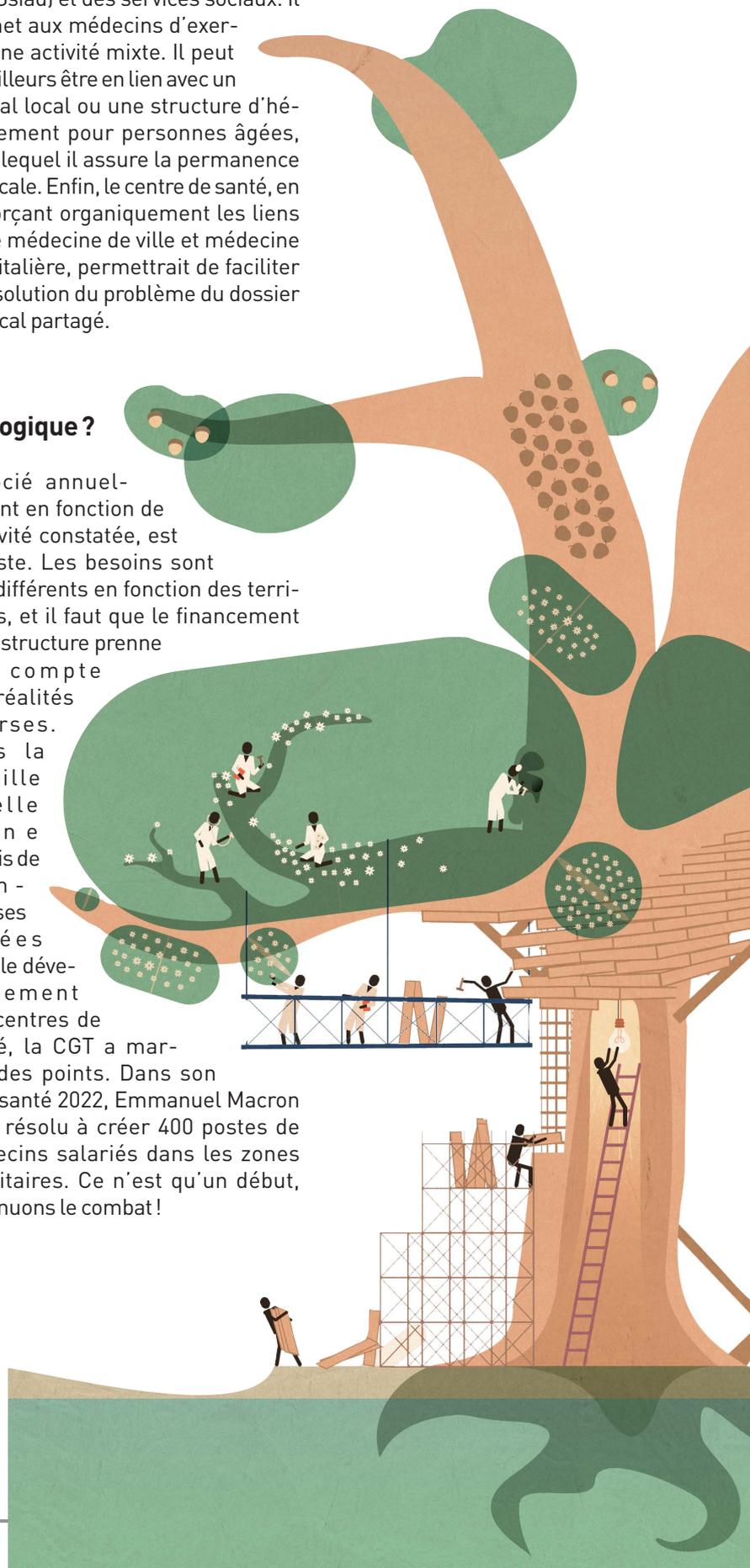
territoire) qui viennent sur des plages horaires dédiées en fonction des besoins. Le centre de santé peut également accueillir dans ses locaux des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) et des services sociaux. Il permet aux médecins d'exercer une activité mixte. Il peut par ailleurs être en lien avec un hôpital local ou une structure d'hébergement pour personnes âgées, pour lequel il assure la permanence médicale. Enfin, le centre de santé, en renforçant organiquement les liens entre médecine de ville et médecine hospitalière, permettrait de faciliter la résolution du problème du dossier médical partagé.

5. Centres de santé, un combat idéologique ?

Le lobby des médecins libéraux, dont la culture est marquée par un fétichisme du statut d'indépendant, est le premier opposant au développement des centres de santé. Le salariat constituerait une atteinte à leur liberté. Ils militent activement contre le développement de tels centres. Mais de quelle liberté parle-t-on ? Celle de s'installer où bon leur semble sans se préoccuper des besoins de la population qui a payé leur formation avec ses impôts ? La liberté de faire des dépassements d'honoraires car ils n'ont pas su négocier avec l'assurance maladie un mode de rémunération correspondant à une bonne qualité d'exercice ?

Le deuxième frein est le mode de financement actuel qui repose sur le paiement à l'acte. Il ne correspond pas à la prise en charge de patients atteints de maladies chroniques, qui ont besoin d'une prise en charge par différents professionnels, et non d'une consultation de dix minutes suivie d'une longue liste de prescriptions. Seul un financement global,

négocié annuellement en fonction de l'activité constatée, est réaliste. Les besoins sont très différents en fonction des territoires, et il faut que le financement de la structure prenne en compte ces réalités diverses. Dans la bataille qu'elle mène depuis de nombreuses années pour le développement des centres de santé, la CGT a marqué des points. Dans son plan santé 2022, Emmanuel Macron s'est résolu à créer 400 postes de médecins salariés dans les zones déficitaires. Ce n'est qu'un début, continuons le combat !



télémédecine: Docteur Jekyll et Mister Hyde

1. Le contact humain, indispensable au soin

Une innovation technique n'est ni bonne ni mauvaise en elle-même. C'est son application qui en fera un progrès ou la rendra dangereuse. La télé médecine répond typiquement à cette problématique. Sous la pression financière, certains imaginent une évolution de notre système de soins dans lequel la machine permettra de fermer des structures de proximité et de

supprimer du personnel. Cette vision doit être combattue. Elle est en contradiction avec la pratique même de la médecine, avec le fameux « colloque singulier », la « rencontre d'une confiance et d'une conscience », le face-à-face physique entre le soignant et le patient, essentiel pour pouvoir comprendre ce dont il souffre et trouver avec lui les meilleures

solutions pour le soulager. Chaque cas est particulier. Au-delà des protocoles standardisés qui constituent des guides, des adaptations individuelles sont le propre même du travail de médecin. Son efficacité ne repose pas sur la seule technique. La composante humaine, empathique et compassionnelle est essentielle.

2. Grand pas pour l'Homme

La télé médecine contient potentiellement de grands progrès pour l'humanité. L'utilisation des moyens de communication modernes autorise aujourd'hui le suivi à distance des patients porteurs de pacemakers ou de patients diabétiques traités avec des pompes à insuline. Cette sur-

veillance à distance permet un suivi plus rapproché des patients avec des interventions plus précoces afin de détecter des anomalies et/ou d'adapter le traitement. Ces techniques débouchent sur une amélioration du suivi du patient. Elle pourrait aussi beaucoup aider l'amélioration de la prise en charge

des résidents dans les Ehpad. La revendication de la présence d'une infirmière 24 heures sur 24 et de médecins salariés dans les établissements a pour but d'assurer un suivi adapté de personnes de plus en plus lourdement dépendantes, évitant ainsi des hospitalisations inutiles. Encore une fois, la

télétransmission, notamment de résultats d'examens, pourrait être utile. La présence d'une infirmière la nuit complétée par des moyens techniques, permettrait la réalisation d'un électrocardiogramme ou

d'examens sanguins simples avec des appareils de petite taille et des manipulations basiques. Ces examens pourraient être transmis au Samu ou à l'établissement hospitalier de référence pour décider

du transfert ou non de la personne à l'hôpital, et lui éviter ainsi un déplacement fatigant et inutile aux urgences.

3. Délocaliser la médecine ?

Mais l'appât des gains de productivité permis par ces avancées mène aussi à de fausses routes. Les évolutions récentes dans le domaine de la radiologie sont à cet égard éclairantes. Les hôpitaux publics manquent de radiologues pour une raison simple : ils gagnent deux fois et demie plus d'argent dans le privé. Plutôt que de s'attaquer frontalement à ce problème,

certains ont imaginé un système de radiologie hospitalière ne fonctionnant qu'avec des manipulateurs radio, où les images seraient envoyées par informatique à des plateformes techniques, après quoi les médecins les interpréteraient à distance – pourquoi pas à l'étranger. Au-delà de la déshumanisation du système, la qualité a de grandes chances de ne pas

être au rendez-vous. La prescription d'un examen nécessite des discussions entre le médecin clinicien et le radiologue. Le contact et la discussion avec le patient avant, au cours et après l'examen sont indispensables au radiologue pour adapter l'examen, l'interpréter ou en prévoir un autre.

4. Un complément, pas un substitut

Une des applications les plus prometteuses de la télémédecine est liée à un progrès dans la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux. Aujourd'hui, il est possible d'injecter un produit qui dissout le caillot obstruant l'artère dans le cerveau. La récupération totale d'une paralysie est possible... Si, et seulement si le traitement est mis en œuvre dans les trois heures, au maximum, quatre heures et demie après l'installation des signes de la paralysie. Ce délai inclut l'appel du patient ou de son entourage, le transfert à l'hô-

pital, la réalisation d'un scanner ou d'une IRM, puis la décision de traitement prise avec un neurologue. Le temps passe vite et les services de neurologie spécialisés mettant en œuvre ces techniques sont parfois très éloignés.

Caméra dans la salle d'examen, transmission des images radiologiques, concertation entre le médecin présent auprès du patient et le spécialiste à distance... Ces dernières années, des procédures ont été mises en place pour pouvoir traiter les patients dans leur hôpital de proximité en utilisant

des techniques de télémédecine. Seul le maintien d'hôpitaux de proximité avec des services d'urgences ouverts 24 heures sur 24 permet de respecter des délais de prise en charge compatibles avec les impératifs de l'urgence du diagnostic et de l'initiation du traitement.

L'offre de soins sur le territoire ne doit pas varier en fonction de la fréquentation des services. Il faut garantir à chacun le droit à se faire soigner par un service d'urgences à moins de 30 minutes de chez lui en transports classiques.

5. Les progrès sanitaires, une affaire de patients

Seule la médecine et l'amélioration de la prise en charge des patients doivent guider le progrès technique. Cet art reste avant tout une affaire de contact humain. Le corps humain n'est pas une machine que l'on répare lorsqu'elle dysfonctionne. Nous sommes de fervents partisans de l'approche globale, prenant en compte les problèmes physiques, psychologiques et sociaux

afin de pouvoir soigner efficacement, dans le cadre d'un parcours adapté. La technique doit constituer un moyen, et non se soumettre à une fin économique. L'évolution des soins et des techniques n'est pas l'affaire des seuls professionnels. Patients et futurs patients doivent avoir leur mot à dire quant à la manière dont ils veulent être soignés. Il s'agit donc de réfléchir collectivement

à une organisation de l'offre de soins où la technique permet de trouver des solutions, notamment aux problèmes d'éloignement des centres de référence. Il s'agit d'un enjeu politique majeur d'aménagement du territoire afin que chacun puisse vivre où il le souhaite en bénéficiant d'un environnement qui le lui permette.

Fiche 5

« RAC zéro », vers une augmentation des complémentaires santé

1. RAC zéro, Quésaco ?

Le gouvernement annonce à longueur de médias la mise en œuvre de la promesse de campagne faite par Emmanuel Macron concernant l'accès pour tous aux soins optiques, auditifs et dentaires. Les promesses n'engagent que ceux qui les écoutent. Nombreux sont ceux qui tomberont de haut lorsqu'ils comprendront que les mesu-

rettes prises par le gouvernement ne régleront en rien le droit à des soins de qualité pour tous.

Qu'est-ce que le « reste à charge » ? C'est un montant qui correspond à la part non remboursée par l'assurance maladie obligatoire, plus communément appelé « ticket modérateur ». Celui-ci varie en fonction de la nature

du risque (maladie, maternité, invalidité, accident du travail, maladie professionnelle), de l'acte ou du traitement, de l'inscription ou non du patient en ALD (affection de longue durée) et du respect ou non du parcours de soins.

2. Dépassements en tous genres

Le reste à charge comprend aussi d'autres dépenses que les patients se retrouvent obligés d'assumer. Parmi elles, on dénombre les dépassements d'honoraires, les baisses de taux de remboursement de médicaments, les déremboursements de médicaments accessibles en vente libre en officine, les tarifs limites de remboursement des prestations et produits médicaux, les produits prescrits par un médecin et non remboursés tels que les pansements, compresses, etc.

Ajoutons à cela les frais cachés des affections longue durée (ALD). 16 % des Français bénéficient du dispositif des ALD et sont remboursés à 100 % pour toutes les prescriptions liées à leur maladie chronique. 80 %

des dépenses de l'assurance maladie se concentrent sur 20 % de la population – parmi lesquelles les cancers, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'infection au VIH, les maladies rares, etc. La dépense moyenne annuelle est de 1,6 à 11 fois supérieure à un patient hors ALD... Malgré ce dispositif, les patients doivent toujours supporter des frais importants. Ces frais peuvent s'élever jusqu'à 1 700 € de reste à charge moyen pour 10 % des malades en ALD et pouvant atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros à cause de soins mal ou pas remboursés, de dépassements d'honoraires et de franchises – car ces malades consultent plus et ont plus de soins

du fait de la gravité de leur(s) pathologie(s).

N'oublions pas non plus les restes à charge, que certains appellent « participation de l'assuré ou du malade » dans le cadre de la perte d'autonomie : hébergement en Ehpad, en maison de retraite, de soins et d'aide à domicile, développement accentué des maladies chroniques et maladies mentales, etc. Sur le dentaire, la Cour des comptes avait estimé en 2012 que près de 4,7 millions de Français avaient renoncé à des soins prothétiques pour des raisons financières. C'est une situation inacceptable – que l'on dénonce depuis longtemps – à laquelle il faut remédier au plus vite.

3. Marchandages

Le gouvernement s'est donc proposé pour « régler le problème ». Il a annoncé qu'il plafonnerait les tarifs de certains équipements pour pouvoir proposer au patient un panier de soin avec un reste à charge maîtrisé à partir du 1^{er} avril 2019, allant vers un reste à charge zéro d'ici 2023. Concrètement, au moment où le patient devra se faire poser une prothèse, le chirurgien-dentiste aurait l'obligation de lui proposer différentes gammes, et l'une d'elles proposera obligatoirement un « reste à charge zéro » pour le patient. Mais quelle sera la qualité de cette entrée de gamme ?

Pour arriver à l'établissement d'un tel tarif d'entrée de gamme, bien remboursé par les complémentaires santé, l'assurance maladie a passé un accord avec les syndicats de chirurgiens-dentistes. Les complémentaires santé, qui doivent rembourser plus, vont-elles se « venger » en augmentant les cotisations ? Un cabinet d'études estime qu'elles devront, pour rattraper le manque à gagner augmenter leurs cotisations de 6 à 8 %. L'accord comprend cinq étapes jusqu'en 2023, ce qui permet de rendre moins brutales les potentielles augmentations des complémentaires. De son côté,

Macron promet qu'il n'y aura pas d'augmentation du tarif des complémentaires. Mais comme on le disait au début, les promesses etc.

Pour compenser l'encadrement des tarifs imposé aux chirurgiens-dentistes, les soins « conservateurs » – caries, le détartrage, les restaurations coronaires, les *inlays-onlays*, les scellements de sillons, l'endodontie et les avulsions et actes chirurgicaux sur les dents temporaires et définitives – vont être revalorisés, et se traduire par 230 millions d'euros supplémentaires dans les caisses des dentistes.

4. Les patients passent encore à la caisse

Cet accord représente un coût global pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire de 1,2 milliard d'euros sur la période 2017-2023 (700 millions pour la Sécu, 500 millions

pour le complémentaire), 704 millions sur la revalorisation des actes conservateurs, 371 millions pour l'amélioration des remboursements des assurés et 108 millions sur les actes de prévention. À votre

avis, qui va payer ? Sinon, toujours rien de prévu pour les plus démunis, qui n'ont pas les moyens de se payer une complémentaire.

Aujourd'hui, la prise en charge des soins d'optique se partage comme

LE MOT DE...

Jean-Michel Cano
représentant CGT au conseil
de la Caisse nationale d'assurance maladie

« La ministre de la Santé, Agnès Buzyn, présente actuellement son projet de loi de financement de la Sécurité sociale avant qu'il soit voté, en novembre. Il intègre le projet de "reste à charge zéro" pour les soins dentaires, auditifs et optiques, promis par Emmanuel Macron pendant sa campagne. Le gouvernement impose de manière unilatérale un "effort" aux complémentaires pour financer les gammes *low cost* de lunettes, d'appareils auditifs et de prothèses dentaires. Cet "effort" mettant à mal leurs comptes, les complémentaires ont d'ores et déjà annoncé qu'elles augmenteraient leurs cotisations de 5 % en 2018 d'une part. Concédonc un point au gouvernement : il vaut mieux avoir des lunettes, mêmes *low cost*, que pas de lunettes du tout. Mais posons tout de même la question de la qualité : quelle monture coûte seulement 30 € ? Ce projet de loi confirme les accords passés avec les professionnels de santé, qui, s'il leur impose de proposer une gamme "RAC zéro", les laisse pratiquer les prix qu'ils veulent pour le reste des équipements, laissant ouverte la voie aux abus. Une audioprothèse produite en Chine et importée en France coûte 350 €. On la retrouve de 1 200 à

1 500 € chez l'audioprothésiste. De même, les chirurgies dentaires peuvent, en fonction des chirurgiens, varier du simple au triple. On utilise les peurs et l'ignorance des patients pour pratiquer des prix déconnectés de la valeur des équipements, sans que cela soit hors la loi. Il faut encadrer ces tarifs pour protéger l'assuré social. Il faut aussi le protéger contre la propagande du gouvernement, qui parle d'un "100 % santé" qui ne sera en vérité valable que pour les équipements bas de gamme. Cela ne résoudra pas les problèmes d'accès aux soins. Il faut que les représentants des salariés dans les CPAM, que les militants s'en saisissent pour affirmer que ce n'est pas notre conception de la Sécurité sociale. Ce système de paliers mène à une médecine à plusieurs vitesses, où les pauvres seront soignés dans les conditions les plus basses possible, alors qu'on laisse les professionnels gonfler les tarifs en toute légalité. Ce débat doit irriguer la population, nous devons convaincre qu'on peut avoir une Sécurité sociale de haut niveau pour tous avec nos cotisations et dans le respect des professionnels. Les prix doivent correspondre au travail qu'ils exercent, pas à la solvabilisation d'un marché. C'est la Sécu qui leur permet d'exister, ils lui doivent un retour, respecter des règles, être payé pour leur travail et non pour une quelconque âpreté au gain. »

tel : 4 % pour l'assurance maladie, 74 % pour les complémentaires santé, et 22 % pour les ménages. Demain, il est envisagé que l'as-

surance maladie se dégage totalement de cette prise en charge – dont le reste à charge devrait être à zéro euros – pour laisser l'entiè-

reté de la dépense aux ménages et aux complémentaires.

5. Quelle qualité pour les équipements « RAC zéro » ?

Détaillons la fameuse « gamme d'entrée » aux prix imposés, négociée entre l'assurance maladie et les représentants des médecins. Les lunettes simples ne seront remboursées que si elles coûtent jusqu'à 95 € (deux verres simples et une monture comprise), les lunettes à verres complexes seront entièrement remboursées jusqu'à 265 €. Pour les lunettes verres progressifs, les prix maxima varient entre 180 et 370 €. Dans tous les cas, le prix de la monture ne pourra excéder... 30 € ! Ceux qui voudront des montures de meilleure qualité pourront bénéficier de leur remboursement intégral sur les verres dans la limite décrite ci-avant et en enlevant les 30 € pour leur monture... Il faudra intégrer dans

cette négociation la prescription et la fourniture de lentilles de contact. À ce jour, les lentilles ne font l'objet d'aucune communication. Combien coûteront-elles ? Pour quelle qualité ?

De tels montants n'inspirent que craintes et doutes quant à la qualité lorsqu'on a conscience des coûts de l'optique. Là encore, rien n'est dit ou prévu pour les patients n'ayant pas les moyens d'avoir une complémentaire santé prévoyant l'optique – complémentaires par ailleurs toujours plus coûteuses.

Notre pays compte 6 millions de malentendants dont 2,5 à 3 millions devraient être équipés d'audioprothèses. Seuls 1,5 million le sont. Triste et inadmissible constat, mais

là aussi le gouvernement annonce qu'il va tout régler ! Comment ? Des concertations sont en cours entre le ministère des Solidarités et de la Santé et les professionnels de santé pour établir des prix limite de vente dans le cadre du RAC 0. Comme pour le dentaire, cela se ferait par étapes : 1 300 € par oreille en 2019, puis 1 100 € en 2020 et 950 € à partir de 2021. Si les appareils proposés dans le cadre du RAC à zéro ne conviennent pas, les patients pourront choisir hors panier de soins, opter pour des appareils plus chers et se faire rembourser par leur complémentaire santé dans les limites de leur contrat.

6. Le plafonnement des prothèses audio fait pschitt

En audioprothèse, il était question, comme pour l'optique, d'instaurer des tarifs plafond pour les appareils de classe I ou de classe II. Finalement, les audioprothésistes ont obtenu l'abandon du plafonnement de tarifs en dehors du reste à charge à zéro. Cette totale liberté tarifaire entraîne un fort risque d'augmentations sur les audioprothèses non plafonnées. À côté de cela, le périmètre

du « panier de soins » plafonné reste assez flou. Encore une fois, on ne sait rien de précis pour les patients sans complémentaire.

Voilà, à ce jour, ce qui est dans les tuyaux du gouvernement concernant le dentaire, l'optique et l'audioprothèse. Sur ces seuls trois secteurs, les patients payent directement 4,5 milliards d'euros chaque année. 64 % des patients les plus démunis

renoncent aux soins, faute de pouvoir se payer une complémentaire. Pris dans sa globalité, le reste à charge pour les patients s'est élevé à 16,5 milliards d'euros en 2015. On est bien au-delà des quelques dizaines de millions d'euros que la ministre dit vouloir débloquer pour régler le problème qui impacte en particulier les plus démunis.

7. Les sociétés d'assurance sortent le champagne

Bien sûr, ces restes à charge peuvent être pris en charge, partiellement ou en totalité par les complémentaires « santé ». Mais les contrats, le montant des cotisations, le niveau de prestation sont très variables. En l'absence de complémentaire santé, le reste est à la charge des malades. C'est le cas de 6 % des Français et de 16 % des allocataires du minimum vieillesse.

L'existence même d'un « reste à charge » pour les patients induit un

système dans lequel le droit et l'accès aux soins dépendent des ressources financières de chacun. Rien, dans ce qu'indique vouloir faire le gouvernement, ne réglera ce problème. Au contraire, en transférant encore la prise en charge des frais de soins de santé vers les complémentaires santé, on provoque, à terme, l'augmentation du coût de la cotisation, et donc l'exclusion des mutuelles d'une frange grandissante de la population. Ces augmentations

font le bonheur des sociétés d'assurance, dont le rêve – faire main basse sur les milliards de la Sécurité sociale – est réalisé par le gouvernement. Aujourd'hui, 30 % de la population déclare avoir renoncé à un ou plusieurs soins, et ce chiffre s'élève à 64 % chez les plus démunis. Le désengagement de la Sécurité sociale au profit de l'assuratiel privé aura pour seule conséquence l'augmentation de ces chiffres.

Sécurité sociale, un filet à tous les âges de la vie

LE MOT DE...

Daniel Blache

membre de la commission exécutive
de l'UCR, et de la commission
protection sociale confédérale
UFR des retraités cheminots

« Le vieillissement de la population est un phénomène de société qui n'ira qu'en s'accroissant. Qui dit vieillissement, dit perte progressive d'autonomie. Face à ces nouveaux besoins, quelle société voulons-nous construire ? Pour l'instant, la perte d'autonomie est financée par la puissance publique pour 24 milliards d'euros, et par les familles elles-mêmes pour dix milliards. Dans la perspective d'une nouvelle loi, d'ici

fin 2019, la lettre de cadrage envoyée par le « médiateur », Dominique Libault, aux organisations syndicales envisage de mettre à contribution les fonds privés – les assurances – pour financer une cinquième branche de la Sécurité sociale, la branche « dépendance ». Elle serait également financée par une seconde « journée de solidarité » demandée aux salariés, et le doublement de la participation demandée aux retraités à ce titre. Nous y sommes totalement opposés. La dépendance est un aléa de la vie, au même titre que la maternité ou le décès. Elle doit être financée par les cotisations sociales, au sein de la branche maladie. »

Instituer un droit au « bien-vieillir »

1. Perte d'autonomie : la loi de 2015 en deçà des nouveaux besoins

Il y a « perte d'autonomie » ou « handicap » lorsqu'une personne rencontre des obstacles dans sa vie quotidienne, du fait de limitations de ses capacités motrices, mentales, psychiques ou sensorielles, qui compromettent son autonomie. Même si la perte d'autonomie n'est pas systématiquement liée à la notion d'âge, l'accroissement de la population des plus de 60 ans, dans les décennies à venir, va créer une véritable révolution démographique dont il convient de mesurer l'importance. Il va falloir apporter des réponses politiques aux questions de santé et de perte d'autonomie. La dernière loi sur l'adaptation de la société au vieillissement, adoptée en 2015, n'a pas pris la mesure de cette évolution, notamment en termes de besoins de financements.

Cette loi budgétise 140 millions d'euros pour des actions de prévention et d'aides techniques pour les plus modestes. Ces fonds seront gérés par des conférences départementales des financeurs dont les organisations syndicales ont été exclues. Il faudra intervenir au niveau des conseils départementaux de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) pour peser sur les arbitrages budgétaires afin de répondre au mieux aux besoins :

- 40 millions d'euros seront dégagés pour l'adaptation de 80 000 logements privés sur trois ans ;
- 40 millions seront prévus pour la réhabilitation des foyers logements (rebaptisés « résidences autonomes ») pour en faire des habitats plus proches

d'un vrai domicile, tout en créant les conditions d'une vie sociale qui aide à préserver l'autonomie ;

- 80 millions d'euros seront également prévus pour l'aide aux aidants, notamment dans le cadre d'un droit au répit (500 € par an) ;
- 375 millions d'euros permettront de revaloriser les plafonds d'aide mensuelle de l'APA (allocation personnalisée d'autonomie).

Toutes ces dispositions ont été permises par la mobilisation de la CGT au travers des diverses actions engagées sur les territoires. Elles restent néanmoins insuffisantes au regard des besoins.

2. Pour un grand service public de la santé et de l'action sociale

La perte d'autonomie est essentiellement liée à des problèmes de santé, et relève majoritairement d'une prise en charge par la Sécurité sociale, et en particu-

lier par l'assurance maladie. Le fonctionnement actuel (conventions tripartites, mise en place de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens pour les établisse-

ments, multiples intervenants à domicile...) est complexe et source d'incompréhensions pour les personnes concernées et leurs familles. Il est nécessaire

de simplifier le dispositif, en ne désignant à terme qu'un payeur unique – la Sécurité sociale – et un intervenant unique – un service public de l'accompagnement de la perte d'autonomie.

Gouvernement et patronat dramatisent la situation économique de notre pays pour justifier l'introduction d'assurances privées dans le dispositif de prise en charge de la perte d'autonomie pour les personnes âgées. Or ces besoins ne sont pas insurmontables ! L'aide à l'autonomie fait partie de nouveaux besoins, liés aux progrès de la société. Elle nécessite la mise en place de réponses adaptées et évolutives. La CGT propose de créer un **droit à l'autonomie**, dans le cadre de la branche maladie de la Sécurité

Vieillesse de la population

Les plus de 75 ans sont aujourd'hui 5,6 millions, soit un tiers de plus qu'en 2000. La France comptait 200 centenaires en 1950, il y en a 20 000 actuellement. D'après l'Insee, l'espérance de vie à 60 ans en France en 2009 est de 27 ans pour les femmes

et 22,2 ans pour les hommes. La part des plus de 60 ans dans la population ne cesse de croître : 13 % en 1990, 23 % en 2010, 30 % en 2050 selon les projections.

rité sociale, prenant en compte le handicap de la naissance à la mort. La problématique générale du financement de ce nouveau droit s'inscrit dans les propositions de la CGT pour le finan-

cement de la Sécurité sociale. Celles-ci reposent sur un prérequis : l'établissement d'un grand service public de la santé et de l'action sociale, excluant les établissements privés à but lucratif.

3. Une prise en charge mal organisée et sous-dimensionnée

L'intervention à domicile de multiples professionnels libéraux, rémunérés à l'acte, est peu efficace et mal coordonnée. Nous proposons le développement de services d'aide au maintien à domicile à statut public, pouvant être rattachés à un hôpital, un Ehpad ou un centre de santé, avec des équipes professionnelles permettant un accompagnement de la personne dans sa globalité : le soin, l'accompagnement social, etc.

En établissement, la situation n'est pas meilleure. Les structures manquent : une hausse du nombre de personnes ayant besoin d'être hébergées en établissement est d'ores et déjà prévue, et si rien n'est fait, 540 000 lits risquent de venir à manquer d'ici 2040. La partie « établissement d'accueil » retirée de la loi vieillissement doit être réintégrée. La CGT considère que l'équipement de la France en

nombre suffisant d'Ehpad relève de **la responsabilité de l'État**, et devrait être financé sur ses ressources budgétaires. Il devrait en être de même pour les rénovations lourdes, ce qui permettrait d'alléger les charges d'endettement des établissements.

SOUS-EFFECTIFS

Outre le manque de structures, celles qui existent souffrent d'un problème d'effectifs, qui mène à un sous-encadrement des patients. En Ehpad, en France, il faut compter 0,6 emploi par résident. Ce ratio est de 1,2 en Allemagne pour les établissements de même type. La présence d'une infirmière est le plus souvent limitée à la journée. La nuit, seules des aides-soignantes assurent la prise en charge des résidents. Le personnel du secteur est en grande souffrance. Ce sont des métiers pénibles

tant physiquement que psychologiquement, mal reconnus, mal payés, avec des conditions de travail très dégradées et un personnel la plupart du temps sous-qualifié.

Au niveau médical, la situation est encore plus dégradée. On a d'un côté des « médecins coordinateurs » qui se chargent de la qualité de la prise en charge institutionnelle et encadrent les professionnels de santé d'un côté, et de l'autre, les médecins de ville, qui assurent des visites épisodiques sans assurer la permanence des soins. Cela occasionne de trop nombreux transferts des personnes âgées aux urgences hospitalières, qui n'auraient pas lieu d'être si une consultation médicale pouvait être assurée dans un délai raisonnable, et si des infirmières étaient présentes 24 heures sur 24 pour assurer la mise en œuvre des prescriptions.

4. Nos propositions pour accompagner la perte d'autonomie

La réforme de l'hébergement en institution devrait s'inscrire dans une approche globale de la prise

en charge collective de la perte d'autonomie. À court terme, la priorité devrait être d'améliorer la

médicalisation des Ehpad. Doubler les effectifs permettrait ainsi la présence d'infirmières 24 heures

sur 24. Des médecins salariés des centres de santé multiprofessionnels – dont nous proposons la création – assureraient également un suivi quotidien et la permanence des soins. L'objectif est de supprimer les hospitalisations non justifiées.

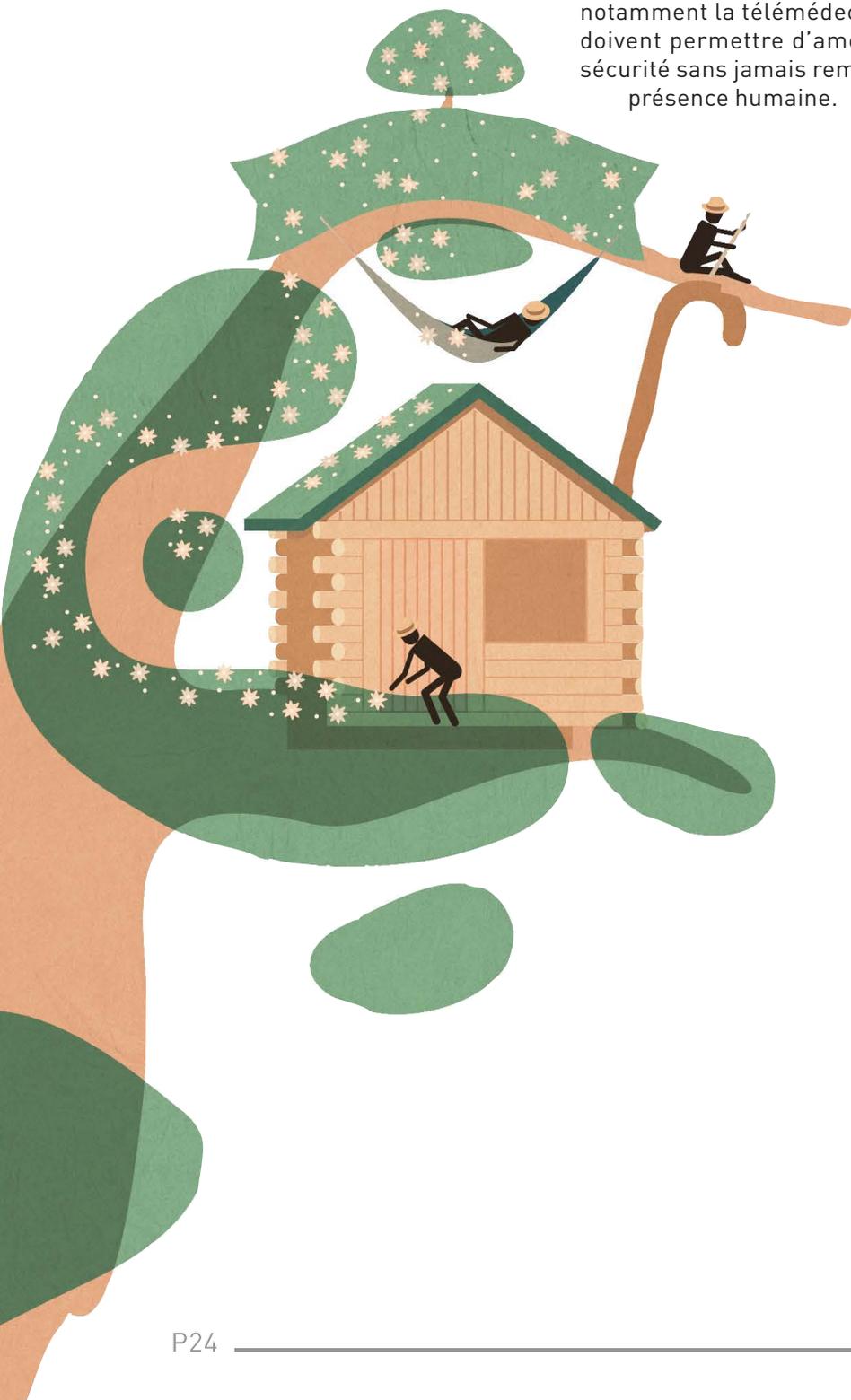
À moyen terme, l'idée serait de permettre au maximum le maintien à domicile. Il faudra pour cela inventer des organisations et débloquer des financements afin d'utiliser au mieux les moyens techniques à disposition – et notamment la télémédecine – qui doivent permettre d'améliorer la sécurité sans jamais remplacer la présence humaine.

MAISONS D'ACCUEIL MÉDICALISÉES

Nous proposons de mettre en place des accueils dans des structures de soins adaptées, dotées de personnels en nombre suffisant et des services adéquats (structures d'accueil de jour, accueil temporaire de semaine ou d'hébergement complet rattachées aux hôpitaux ou aux Ehpad). D'autres formes d'hébergements devraient être développées, à l'instar des résidences autonomes ou des maisons d'accueil pour personnes âgées dépendantes (Mapad) mises en place par la MSA. Il conviendrait de réfléchir à un autre nom qu'Ehpad, qui ne donne pas l'idée d'un lieu de vie. On pourrait par exemple les appeler « maisons d'accueil médicalisées ».

Enfin, il faudrait mettre en place des structures médicalisées adaptées pour la prise en charge des cas les plus lourds – quand le maintien à domicile n'est ni possible ni souhaité – avec un haut niveau de médicalisation, à l'instar des actuelles unités de soins de longue durée (USLD), seules structures sanitaires publiques médicalisées, tout en restant des lieux de vie. Il est également urgent de développer des services de soins palliatifs en mettant tous les moyens nécessaires pour permettre un accompagnement global des personnes – mais également de leur famille et entourage – avec des équipes intervenant en structure ou à domicile.

Ces trois niveaux d'intervention sont indissociables et indispensables à une prise en charge adaptée de la personne elle-même, mais aussi de ses aidants. Au-delà de la priorité du maintien à domicile, il ne faut pas oublier que même si les moyens techniques et humains sont disponibles, la charge pour l'entourage est souvent trop importante dans la durée. Il est donc nécessaire que des structures d'aide soient disponibles immédiatement quand le besoin s'en fait sentir.



5. Simplifier l'administration de la prise en charge

Tous ces modes de prises en charge posent clairement le problème de l'inadaptation du mode de rémunération actuel des professionnels de santé en ville et du mode de tarification hospitalier. L'ensemble du dispositif que nous proposons repose sur une intervention coordonnée de multiples acteurs, qui ne peut être financée par la rémunération à l'acte en ville et la tarification à l'activité dans les établissements. La solution des forfaits adaptés au niveau de perte d'autonomie et attachés à la personne, quel que soit son lieu de vie, apparaît comme intéressante. Cette rupture entre la ville et les structures de soins ne doit plus exister. Elle aboutit trop souvent à

un jeu de « ping-pong », où le perdant est toujours la personne en perte d'autonomie.

Actuellement, le financement est multiple et complexe :

- l'assurance maladie rembourse la partie soins ;
- les conseils départementaux financent l'APA ;
- la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) finance en partie l'aide et le maintien à domicile ;
- les personnes âgées et/ou leur famille paient la part de l'hébergement en établissement ainsi que le ticket modérateur du tarif dépendance ;
- la Caisse nationale solidarité autonomie (CNSA) ;

- la CAF intervient pour l'aide au logement.

Notre proposition est d'élargir la notion de « dispositifs médicaux » à l'essentiel des besoins liés à la perte d'autonomie (à domicile comme en établissement), et de poser le principe d'une **prise en charge de l'ensemble de ces dispositifs par l'assurance maladie**.

Pour l'ensemble des remboursements de services et biens médicaux liés à la perte d'autonomie (à domicile comme en institution), le principe doit être un remboursement à 100 % de la dépense opposable, dont la définition relève de la compétence de l'assurance maladie.

6. Une allocation pour vieillir dans la dignité

Un reste à vivre minimal devrait être garanti à tous les résidents en Ehpad. Il faut réguler les prix d'hébergement, en imposant un certain nombre de normes permettant une tarification nationale avec péréquation tarifaire par département des prix facturés aux résidents (en particulier un tarif opposable conventionné). Posons la question de l'articulation d'une aide à l'hébergement, qui serait une prestation de Sécurité sociale ou d'une aide sociale sur critères de revenus (allocation logement...).

Deux modes de financement sont

envisageables : une prestation différentielle compensant la dépense dans le cadre d'un barème (comme l'APA) ou une prestation forfaitaire en fonction d'un barème conforme au « principe d'égalité du droit », qui est l'un des principes de la Sécurité sociale.

Quelle part du PIB voulons-nous consacrer aux personnes en perte d'autonomie – c'est-à-dire les personnes âgées et en situation de handicap – pour construire « une société pour tous les âges et toutes les situations » ? La prise en charge de la perte d'autonomie s'intègre totale-

ment dans les principes fondateurs de la Sécurité sociale : « *Faire face aux aléas de la vie de la naissance à la mort* ». À ce titre, elle doit relever de la solidarité nationale et non de la solidarité familiale. Si on mettait à contribution les revenus financiers des entreprises et des banques (325 milliards d'euros) au taux actuel des cotisations dites patronales, cela rapporterait 41 milliards d'euros à la branche maladie de la Sécu, et financerait les besoins pour la perte d'autonomie.

De nouvelles contraintes budgétaires

La réforme du financement mise en place en 2017 concernant les établissements médico-sociaux – notamment les Ehpad – impose de nouvelles contraintes budgétaires aux établissements en supprimant les possibilités de négociations annuelles permettant d'adapter les moyens aux évolutions des besoins. Elle va également conduire à une baisse des ressources estimée par la FHF (Fédération hospitalière de France) à 200 millions d'euros dans un secteur qui manque cruellement de moyens.

La retraite à 60 ans, et à 75 % du revenu d'activité

1. La réforme Macron

Le président de la République a inscrit, dans son programme électoral, l'objectif d'une réforme complète du système de retraite français : « *Nous créerons un système universel de retraites où un euro cotisé donne les mêmes droits, quel que soit le moment où il a été versé, quel que soit le statut de celui qui a cotisé.* »

Derrière cette affirmation fièrement drapée d'égalitarisme se cachent des intentions autrement

pernicieuses, comme la volonté d'assurer la gestion de toutes les retraites directement par l'État. Cela permettrait de garantir la baisse des niveaux de pension auprès des autorités européennes et de remplacer le principe de solidarité au sein des régimes par des mesures d'assistance a minima de la puissance publique.

Les vieilles justifications ont commencé à ressurgir : faux privilèges des uns et des autres, oppositions

stériles entre générations, entre professions, entre statut et emploi, entre actifs et chômeurs, entre malades et bien portants... Diviser pour mieux régner, la recette est connue. Un « Haut-commissariat à la réforme des retraites » a été constitué et la perspective d'une « loi-cadre » pour la mi-2019 se profile. On connaît par ailleurs la méthode Macron : passer par-dessus les « corps intermédiaires » – notamment les syndicats.

2. Maintenir et améliorer le système de 1945

L'enjeu est considérable. Il s'agirait en effet de faire table rase du système de retraite fondé sur la Sécurité sociale, progressivement construit depuis 1945. Il a connu des avancées et des remises en cause régulières qui le fragilisent, mais avec un résultat : aujourd'hui et en moyenne, le niveau de vie des retraités français est à peu près comparable à celui des actifs. Certes, toute moyenne cache des inégalités, notamment celles entre les femmes et les hommes (1 884 € pour les hommes contre 1 314 € pour les femmes) mais, de fait, peu de pays sont parvenus à cette situation, y compris dans les pays les plus riches de l'Union européenne, où nombre de retrain-

tés sont en train de retomber dans la pauvreté.

C'est cette construction que nous défendons, imprégnée de justice sociale et de citoyenneté, que le projet Macron veut faire disparaître. Sous couvert de simplifications, ce sont les différents mécanismes de redistribution et de solidarité qu'il s'agirait de mettre en cause avec le principe « *un euro cotisé donne les mêmes droits* ». Ce sont donc les plus précaires qui y perdront le plus, car ils cotisent moins (source COR 2013). Que des consolidations et des améliorations soient nécessaires pour garantir notre système de retraite, la CGT ne le conteste pas – d'ailleurs, elle le réclame ! Mais il ne

s'agit pas de diminuer sans cesse les droits à retraite pour sauvegarder la progression des dividendes. La CGT propose un ensemble revendicatif cohérent sur le dossier retraite, résultat de nos luttes et de nos congrès, qui vise au contraire à consolider l'ensemble de notre système de pensions. Ces propositions s'appuient sur des valeurs de justice sociale, prennent en compte la réalité des situations professionnelles, et comportent des mesures de financement conjuguant amélioration de l'emploi, des salaires, égalité femme/homme, reconnaissance des qualifications et garanties des retraites sur le long terme.

3. Répartition, prestations définies, solidarité

LA RÉPARTITION, CONTRE LA FINANCE... ET SES RISQUES

En répartition, les cotisations de tous les actifs de l'année N sont collectées et globalisées pour financer toutes les pensions de l'année N. La démarche est collective et ouvre des possibilités d'aménagement de solidarités dans la distribution des pensions.

En capitalisation, chaque cotisation est inscrite sur un compte individuel et mise sur le marché financier, jusqu'au départ à la retraite. Le « capital » constitué est transformé en rente mensuelle. La démarche est individuelle. Le niveau des pensions est soumis aux aléas du marché boursier et à l'âge de départ en retraite en fonction de l'espérance de vie.

La répartition constitue la meilleure garantie qui puisse être donnée aux jeunes générations.

Par construction, il y aura toujours une activité économique produite par des salariés pour financer les retraites. En capitalisation, il peut y avoir – et il y a eu – des faillites totales d'organismes financiers gestion-

naires de retraites, ce qui ne peut pas être le cas pour un système par répartition. La capitalisation s'inscrit dans la financiarisation dangereuse de l'économie. La logique profonde de la capitalisation se résume ainsi : les parents retraités ont intérêt à licencier leurs enfants actifs pour « rentabiliser » les placements financiers qui alimentent leurs propres retraites.

Tout le monde – y compris le patronat – prétend défendre la répartition mais tout est fait pour ménager une place de plus en plus importante à des compléments en capitalisation. Tout financement orienté vers la capitalisation est un financement soustrait à notre système par répartition et donc un facteur de fragilisation.

DES PRESTATIONS DÉFINIES POUR GARANTIR L'AVENIR

Un régime à **prestations définies** garantit un niveau de pension au moment du départ à la retraite. Par exemple, il peut garantir un **taux de remplacement** de 75 % (le rapport entre la première pension et le

salaires d'activité de référence). Pour obtenir ce résultat, il faut intervenir sur les paramètres de gestion du régime, notamment les cotisations (mais aussi l'âge, la durée, le salaire de référence...). Ce mécanisme donne des garanties pour l'avenir car il assure un niveau de prestation.

Un régime à cotisations définies garantit un plafond de cotisation, c'est-à-dire un **niveau maximum de cotisation** qui ne sera pas dépassé. À partir de cette « garantie », le niveau des prestations – notamment celui de la pension elle-même – est imprévisible à long terme, puisqu'il sera ajusté en fonction des possibilités permises par ce niveau de cotisation. Un régime par répartition peut être à prestations définies ou à cotisations définies. Idem pour un régime par capitalisation. Le principe de la répartition domine largement le système de retraite français. Les tenants de la capitalisation continuent leur forcing, même si leur succès est encore limité. Mais, notre système par répartition était aussi à prestation définie, centré sur la garantie d'un taux de

LE MOT DE...

Gilles Oberrieder

conseiller confédéral Retraites

et **Sylvie Bonnamy**

membre de la direction confédérale,

couturière chez Yves Saint-Laurent

« Disons-le : la fusion de l'ensemble des régimes spéciaux en un seul régime universel à points a un seul but. Faire baisser les pensions de tous. Le 3 octobre dernier, Jean-Paul Delevoye, le haut-commissaire à la réforme des retraites, nous a reçus. Il a systématiquement esquivé la question du niveau des pensions. Il nous a précisé que les caisses pourraient subsister mais qu'elles devraient toutes harmoniser leur mode de fonctionnement. L'accord Agirc-Arrco prévoit une fusion des deux organismes dès 2019. La valeur des points variera désormais non seulement en fonction du salaire, mais aussi en fonction de la "soutenabilité financière du régime". C'est une préfiguration de la manière dont fonctionnera le "régime universel à points" qui s'appliquera à tous à partir du

1^{er} janvier 2025. Autre innovation de l'accord Agirc-Arrco : bien que l'âge théorique du départ en retraite soit 62 ans, les caisses délivreront des pensions décotées de 10 % entre 62 et 63 ans, à taux plein à 63 ans, surcotées de 10, 20, 30 % si les gens partent à 64, 65, 66 ans. On pousse les gens à travailler de plus en plus tard pour avoir une retraite plus élevée. Cela va à l'encontre de la logique dans laquelle s'inscrit notre système depuis 1945. Ces trois fiches, dans lesquelles nous décryptons les différentes facettes de l'offensive du gouvernement contre notre système de retraite, constituent des éléments pour gagner le débat idéologique qui va s'installer dans notre pays l'année prochaine, et que le gouvernement ne manquera pas de mener. Il faut que tout le monde soit convaincu, et convainque autour de lui, que, derrière une ingénierie compliquée, le seul but de la réforme des retraites est de faire diminuer les pensions de l'ensemble des retraités. Le projet de loi final sera publié en 2019. D'ici là, nous devons mener les discussions, affûter nos arguments, gagner les esprits, avant – probablement – un temps de mobilisation. »

Régimes de base et complémentaires

Les salariés du secteur privé ont un « régime de base » (la Cnav) et un ou des « régime(s) complémentaire(s) » affiliés à l'Arrco et à l'Agirc (cadres) ou à l'Ircantec (non titulaires de l'État et des collectivités).

Les salariés statutaires du secteur public (fonction publique et régimes spéciaux) n'ont pas de régime complémentaire. Les régimes de base sont gérés plus ou moins directement par l'État et/ou la Sécurité sociale. Les régimes complémentaires du secteur privé sont gérés dans le cadre du paritarisme. Ce sont les enjeux concernant le paritarisme et les relations intersyndicales. Un « accord » Agirc/Arrco (sans la CGT ni FO) organise la fusion de ces deux régimes pour le 1^{er} janvier 2019 (voir la fiche spécifique consacrée à la fusion Arrco/Agirc).

remplacement (rapport entre la première pension et la rémunération moyenne des dernières années). Les réformes successives ont progressivement fait basculer le système français vers une dominante « cotisation définie ». La pression continue des employeurs pour diminuer leur part de financement a largement trouvé écho. L'enjeu de la prestation définie est donc un objectif central dans notre démarche.

Nous estimons que la prestation définie est une garantie pour l'avenir et l'élément clé de la confiance des

jeunes générations dans notre système intergénérationnel. C'est pourquoi le taux de remplacement de 75 % (base + complémentaires) doit rester un objectif garanti pour une carrière complète.

LA SOLIDARITÉ SOCIALE, PLUTÔT QUE LA SOLIDARITÉ NATIONALE

Au double mécanisme de la répartition et des prestations définies du système de retraites construit à la Libération s'ajoute un troisième pilier : la solidarité. Une solidarité interne au

système de retraites et aux différents régimes. Elle permet de mutualiser les risques pouvant advenir tout au long d'une vie de travail (chômage, maladie, handicap, bas salaires...) et de compenser des interruptions d'activité incontournables comme la maternité, le décès du conjoint... La part de la solidarité a augmenté de façon importante dans l'ensemble du système de retraite français depuis sa création en 1945. Elle a nécessité des financements supplémentaires. Une partie provient de la CSG et autres taxes, c'est-à-dire hors cotisations vieillesse. La pression patronale pour limiter – voire réduire – les financements par cotisations sociales incite les gouvernements à restreindre la solidarité assurée par les régimes pour la transférer à la « solidarité nationale » avec un financement par l'impôt, ce qui représente autant d'économies pour les entreprises. La retraite doit rester solidaire.

La solidarité, organisée à l'intérieur du système de retraite et financée par les cotisations est un droit, lié au travail, permettant de répondre aux aléas du travail – emploi et rémunération – de la santé, du veuvage... C'est le contraire d'une allocation de charité ou d'assistance.

4. On vit plus vieux, vivons mieux

L'allongement de la durée de la vie est indéniable, même si celui-ci n'est pas égal pour tous. Cela résulte de progrès technologiques et notamment médicaux considérables, mais aussi de l'amélioration des conditions de travail et de vie au travail. Il y a donc davantage de retraités, qui vivent plus longtemps. Ces bonnes nouvelles pour l'humanité doivent-elles être perçues comme s'il s'agissait de calamités ? C'est en effet dans cet esprit que les derniers gouvernements

ont abordé le défi démographique et ont prétendu le régler : puisque les retraités vivent plus longtemps, il faut travailler plus longtemps et baisser le niveau des retraites ! Pas question d'augmenter le financement à proportion de la démographie, il faut diminuer les parts (le gâteau des dividendes doit pouvoir, lui, continuer à grandir...)

Les quarante dernières années ont vu notre système de Sécurité sociale produire une amélioration incontes-

table du niveau de vie des retraités et des personnes âgées. Il faudrait maintenant revenir en arrière pour préserver la progression du niveau des dividendes ? L'allongement de la durée de vie doit rester un progrès. Il faut pour cela revoir le partage des richesses. Non pas entre jeunes et vieux, mais entre les rentes et dividendes d'une part (coût du capital) et la rémunération du travail d'autre part.

5. L'emploi, facteur clé du financement des retraites

Pour permettre la mise en œuvre des principes de répartition, la prestation définie et la solidarité, il faut assurer un haut niveau d'emploi bien rémunéré. Signalons que l'emploi est la

condition indispensable à tout mécanisme de retraite, y compris en capitalisation, par points, par comptes ou en annuités... Les ressources nécessaires au financement proviennent

toujours de l'activité économique au moment de la liquidation et donc suivent le niveau de l'emploi. C'est pourquoi les propositions de la CGT en matière de financement ont toutes

un double objectif : apporter un financement supplémentaire et contribuer à maintenir ou développer l'emploi salarié et de l'ensemble des travailleurs.

Le mode de calcul des cotisations retraites doit favoriser le développement de la masse salariale. Il s'agit par exemple de moduler les

cotisations en baissant celles des entreprises qui donnent priorité à l'embauche et à la progression des salaires et de relever celles des entreprises qui priorisent les revenus financiers. Ces propositions ont pour objectif de renforcer la qualité des emplois, tant pour le niveau des salaires que pour leur stabilité et les

conditions de travail. La retraite étant le reflet de la vie active, la bataille des retraites s'inscrit pleinement dans la bataille de l'emploi, des 32 heures, des salaires et de leur égalité entre les femmes et les hommes, des conditions et de l'organisation du travail.

6. Un socle commun de garanties pour tous

Si les modalités de calcul des retraites diffèrent entre secteur privé et secteur public, les niveaux de pensions à qualifications et carrières comparables sont équivalents. Le COR (Conseil d'orientation des retraites, organisme officiel regroupant les acteurs sociaux et les représentants des régimes) l'a plusieurs fois démontré. Comparer des mécanismes d'acquisition de droits n'a pas de sens, au contraire de la comparaison des niveaux de pensions. La seule vraie différence tient au fait que dans le secteur public, contrairement au secteur privé, la pénibilité est reconnue (sous strictes conditions) et prise en compte depuis longtemps. Mais depuis la dernière réforme, elle a déjà été fortement attaquée (par exemple

dans la fonction publique hospitalière : terminé le départ à 55 ans pour les IDE, AS...). Ce qui importe pour la CGT, c'est le socle commun de garanties, auquel doit aboutir chaque régime, par des modalités adaptées aux types de carrières du secteur concerné.

Ce socle, commun à toutes et tous, repose sur des garanties essentielles :

- garantir la possibilité d'un départ à 60 ans (la décision étant à l'initiative du salarié) ;
- départ anticipé à 55 ans ou un trimestre de départ anticipé par années d'exposition pour les salariés exposés à des facteurs de pénibilité ;
- assurer un niveau de pension

d'au moins 75 % du revenu d'activité pour une carrière complète ;

- élever le minimum de pension au niveau du Smic pour une carrière complète ;
- indexer les pensions sur l'évolution des salaires et non sur celle des prix ;
- reconnaître la pénibilité par une politique de prévention et de réparation : améliorer les fins de carrières (par exemple temps partiel) et départs anticipés dans des conditions permettant réellement de les prendre ;
- une politique volontariste d'égalité salariale femmes/ hommes, améliorant la retraite des femmes et abondant les ressources des régimes.

7. Pour une gestion démocratique de l'ensemble des régimes

Créons une « maison commune » de l'ensemble des régimes de retraite faisant une large place à la démocratie afin de mieux coordonner le système. La plupart des régimes de retraite disposent d'organes de gestion – en général des conseils d'administration appelés à suivre les droits, les prestations et les comptes financiers pour chacun d'eux. Même si certains régimes n'en disposent pas (la fonction publique d'État par exemple) et même si leurs compétences ont été considérablement amoindries au fur et à mesure des dernières réformes, des conditions minimales de débat existent. En revanche, au niveau du « système » de retraite dans son ensemble, il n'y avait – jusqu'à la réforme Hollande de janvier 2014 – aucune institution chargée du « pilotage » d'ensemble, sinon

le gouvernement lui-même avec le ministère des Affaires sociales.

La loi du 20 janvier 2014 acte la création d'un « Comité de suivi des retraites » (CSR), composé de cinq « experts » accompagnés d'un « jury citoyen » d'une douzaine de personnes, renouvelé chaque année par tirage au sort et réuni sur une journée. En juillet de chaque année, période qui ne doit rien au hasard, ces experts – et eux seuls – donnent leur avis au gouvernement sur ce qu'il y a lieu de faire en matière de retraites pour l'année à venir. Voilà la réponse qui a été donnée à la revendication de la CGT de création d'un organisme de coordination chargé du pilotage d'ensemble ! Nous sommes évidemment loin du compte. À notre demande de débat social, on a répondu gestion comptable ; à notre revendication de

retour de la démocratie sociale, on a répondu technocratie... En réalité, un nouveau pas a été franchi pour déposer encore davantage les acteurs sociaux de leur possibilité d'intervention dans la gestion des retraites.

Notre revendication d'une « maison commune » de l'ensemble des régimes restant à construire, son principe doit être mis en avant, avec le retour à des élections sociales permettant de réintroduire la démocratie indispensable à la transparence et à la défense commune de notre Sécurité sociale. La « Maison commune des régimes » aura entre autres pour mission d'organiser les solidarités internes aux régimes et entre régimes, l'égalité femmes/hommes, la reconnaissance de la pénibilité, les solidarités financières entre régimes...

Fiche 8

Des retraites de moins en moins complémentaires

1. Un accord inique

La CGT a décidé de refuser de signer l'accord du 17 novembre 2017 instituant un régime unifié Agirc-Arrco de retraite complémentaire à partir du 1^{er} janvier 2019. La CFTC, la CFDT et la CGC ayant ratifié cet accord avec les employeurs, la CGT et FO se contenteront d'y adhérer afin de participer à la gouvernance du régime et d'y défendre les intérêts des salariés cotisants, comme elle l'avait fait pour l'accord de création de l'Arrco du 8 décembre 1961.

Le document de 80 pages réorganise et reprend la totalité des textes

antérieurs des accords Arrco et Agirc. Il intègre l'ensemble de l'accord du 30 octobre 2015, à savoir :

- le gel de la valeur de service du point de 2016 à 2018 ;
- la hausse de la valeur d'achat du point de 2016 à 2018 ;
- à partir du 1^{er} janvier 2019, un système de « bonus-malus » (votre retraite baissera de 10 % pendant trois ans si vous n'acceptez pas de travailler une année supplémentaire). Cette mesure revient à repousser d'un an le départ à la retraite à taux plein ;

- une majoration temporaire pour un an de la pension complémentaire, de 10 % si un salarié qui a tous ses trimestres requis travaille deux ans de plus, de 20 % pour trois ans supplémentaires, et 30 % pour quatre ans.

Cet accord est totalement déséquilibré : seuls les salariés et les retraités supportent l'effort visant à atteindre l'équilibre financier du système de retraites complémentaires. C'est pourquoi la CGT a refusé de le ratifier.

2. Nos propositions méprisées

L'accord du 17 novembre 2017 établit le cadre de la fusion des régimes complémentaires et précise le pilotage stratégique du régime. Une négociation aura lieu tous les quatre ans, conclue par un accord national interpro-

fessionnel portant sur les paramètres du régime. La CGT refuse que le conseil d'administration soit dépossédé de ses pouvoirs au profit d'un pilotage semi-automatique.

Notre confédération a proposé d'établir un minimum de retraite

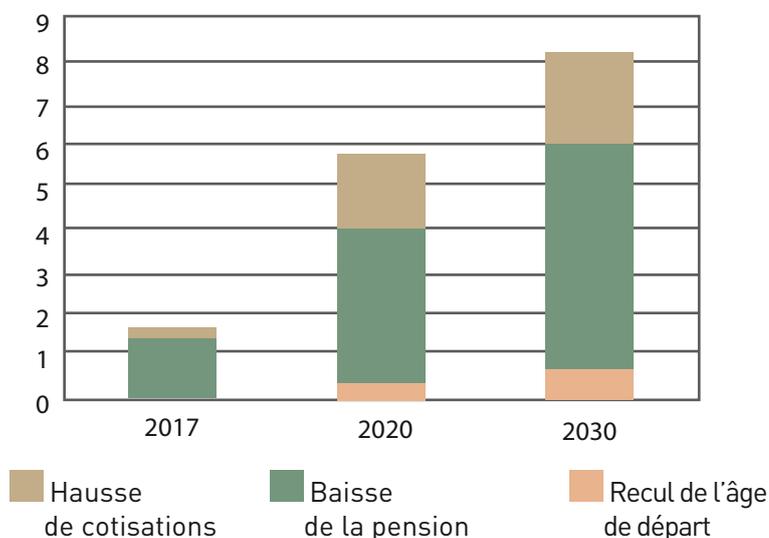
complémentaire pour tous, complétant le minimum contributif de la Cnav. Cette proposition a été refusée. Pour supprimer la cotisation de la garantie minimale de points des cadres (un forfait payé pour l'essentiel par les cadres sous le plafond de

la Sécurité sociale), l'accord prévoit de faire payer 0,15 % aux salariés sous le plafond et 0,50 % à ceux au-dessus du plafond de la Sécurité sociale. Cette cotisation sera fusionnée avec celle de l'AGFF en une « cotisation d'équilibre général » de 2,15 % sous le plafond et 2,70 % au-dessus. La disparition de l'association AGFF et du chantage à la suppression du financement des départs avant 67 ans est le seul point positif de l'accord.

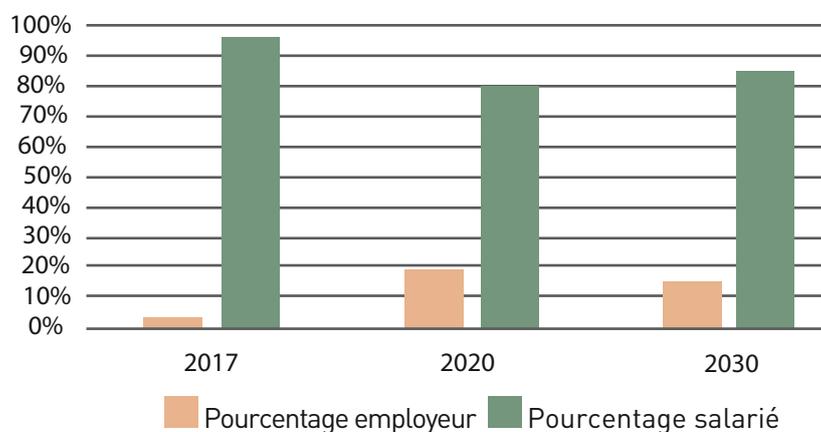
Le Medef a de plus totalement refusé la proposition de la CGT d'exclure toute baisse nominale de la valeur de service du point. En d'autres termes, le futur pilotage du régime n'exclut pas une possibilité de baisser les pensions en valeur absolue. Ce refus ne peut qu'inquiéter quant aux positions qui seront défendues dans le cadre de la future réforme globale des retraites voulue par Macron. Pour obtenir une signature rapide, le Medef a proposé un plafond de majoration – 10 % pour trois enfants – de 2 000 € (1 000 € Arrco + 1 000 € Agirc), une réversion à 60 % avec un âge de 55 ans au lieu des 57 ans initiaux (avancée obtenue en séance avec l'appui de la CGT). Il n'est toujours pas prévu de prendre en compte la représentativité réelle des syndicats dans la gouvernance du nouveau régime. L'accord du 17 novembre 2017, reprenant les dispositions de l'accord du 30 octobre 2015, s'éloigne de l'objectif que porte la CGT d'une retraite à 60 ans à 75 % du salaire d'activité.

EFFET SUR LE SOLDE FINANCIER DE L'ACCORD D'OCTOBRE 2015

En milliards d'euros



POURCENTAGE DU COÛT DE L'ACCORD POUR LES SALARIÉS



3. Un retour à l'équilibre financier à la seule charge du travail

À partir de 2019, l'amélioration du solde financier des régimes complémentaires prévu par l'accord d'octobre 2015 repose à 70 % sur une baisse des pensions et à 30 % sur une hausse des cotisations (les salariés paient 40 % des cotisations). Le rétablissement de l'équilibre financier est pour l'essentiel à la charge des salariés

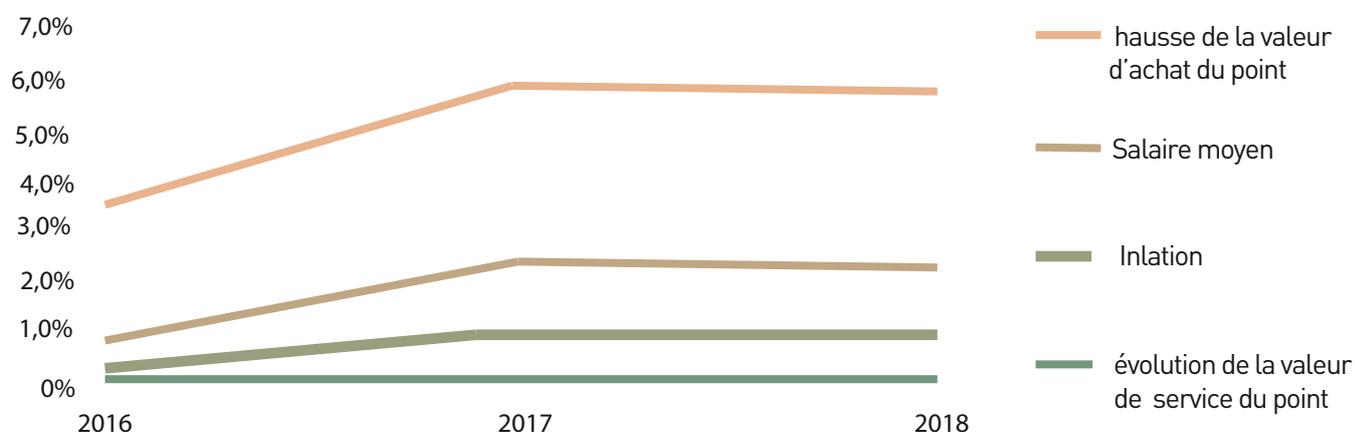
dans le nouveau régime.

De 2016 à 2018, la baisse de pension a été obtenue par une dégradation des valeurs de service et d'achat du point de retraite, intégralement à la charge des salariés.

Le solde pour le régime des « coefficients minorants et majorants » sera très faible et cette mesure est

peu importante pour l'équilibre financier. C'est une concession inutile à la position idéologique du Medef de la part des syndicats signataires. L'actuel président de la République n'a d'ailleurs pas fait campagne sur le recul de l'âge de départ en retraite. C'est un exemple du syndicalisme d'accompagnement que la CGT refuse.

BAISSE DE LA VALEUR DE SERVICE ET HAUSSE DE LA VALEUR D'ACHAT



VALEUR DE SERVICE ET VALEUR D'ACHAT DU POINT DE RETRAITE

Dispositions pour 2016 à 2018 de l'accord d'octobre 2015

	2016	2017	2018	2019	2050
Baisse de la valeur de service du point par rapport à l'inflation, prévue par l'accord d'octobre 2015	- 1 % (l'inflation ne sera que de - 0,2 %)	- 1 %	- 1 %	Baisse définitive sur l'inflation de - 2,2 % des pensions servies comme des points déjà achetés	
Augmentation de la valeur d'achat du point au-dessus du salaire annuel moyen, prévue par l'accord d'octobre 2015	+ 2 %	+ 2 %	+ 2 %	on achète 16 points au lieu de 17 points	
Rendement (valeur de service divisée par la valeur d'achat)	6,39 %	6,18 %	6 %		
Baisse de la pension	On achète moins de points et ceux-ci ont moins de valeur			- 4 %	- 9 %

4. Haro sur les retraites des jeunes

Le Conseil d'orientation des retraites (COR) a analysé les effets respectifs de la hausse de la valeur d'achat et de la baisse de la valeur de service du point. Cette dernière, par rapport à l'inflation, et le recul de la date de revalorisation des retraites complémentaires du 1^{er} avril au 1^{er} novembre, font perdre aux pensions 4 % en pouvoir d'achat, et ce,

de façon définitive. Cette baisse est en pouvoir d'achat réel, par rapport au niveau de l'inflation, et ne se traduit pas par une baisse en euros des pensions. La baisse de la valeur de service du point affecte les retraites déjà versées, mais aussi tous les points déjà achetés par les cotisants. Les retraites futures perdent donc elles aussi 4 %.

La hausse de la valeur d'achat du point par rapport à l'évolution du salaire moyen a très peu d'effet immédiat, mais est très importante pour les cotisants les plus jeunes. Après la hausse du point de 6 % de 2016 à 2018 (+ 2 % par an) par rapport au salaire moyen, un salarié ne peut plus acheter que 16 points quand il pouvait en acheter 17 avant l'accord

L'effet de l'accord sur la pension AGIRC-ARRCO

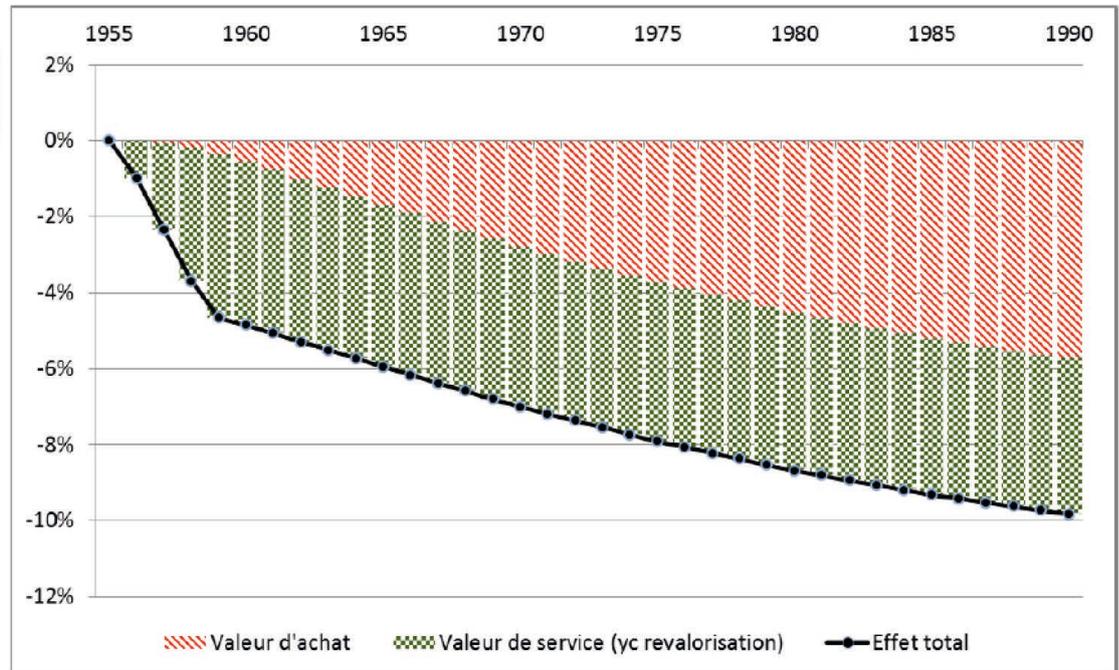
Cas type n° 2 du COR – non-cadre salarié du secteur privé à carrière continue

Baisse de rendement pour tous les affiliés

Baisse relative

Les pensions continuent de croître en euros constants entre les générations 1960 et 1990...

...mais moins vite.



Hypothèses : scénario B du rapport annuel du COR de juin 2015, inflation supérieure à 1 % dès 2016.

de 2015. Plus il vous reste de temps à cotiser, plus cette hausse a d'impact. Le COR a estimé que son effet sur les

retraites futures sera une baisse de 5 % pour la génération 1985, qui partirait en retraite vers 2050. Pour cette

génération, la baisse sur la pension sera de 9 % au total.

5. Vers une baisse nette des pensions de retraite

L'accord du 17 novembre 2017 fait évoluer la valeur de service et la valeur d'achat du point selon l'évolution du salaire moyen du privé, mais corrigé d'un « facteur de soutenabilité ». Ce dernier vise à baisser la valeur de service et renchérir la valeur d'achat pour reproduire une baisse des retraites complémentaires dans la même logique qu'entre 2016 et 2018.

Début 2019, une négociation encadrant l'évolution des valeurs de service et d'achat pour quatre ans devrait s'ouvrir. Pour la CGT, il est

exclu d'accepter une ou plusieurs nouvelles baisses des retraites complémentaires. D'autant plus que le Conseil d'orientation des retraites considère que le régime unifié « Agirc-Arrco » sera excédentaire d'un milliard d'euros en 2019. Les salariés auront payé d'une baisse de leur retraite la quasi-totalité du redressement financier du régime. Le nouvel accord prévoit une négociation de ce type tous les quatre ans.

Le Medef s'est opposé à inclure dans l'accord la proposition de la

CGT selon laquelle en aucun cas la valeur de service ne pourrait baisser de façon nominale (en nombre d'euros). Comme en Suède, avec les comptes notionnels, ou aux Pays-Bas avec les fonds de pension, le patronat envisage la possibilité d'une baisse franche des pensions de retraite. C'est un pilotage à la baisse des pensions de retraite que veut instituer Macron en voulant généraliser dans sa prochaine réforme une retraite par points ou par « comptes notionnels » dans tous les régimes de retraite.

Des régimes pas si spéciaux

1. L'épouvantail des « régimes spéciaux »

Pour justifier une nouvelle réforme des retraites, une refonte totale du système, au moment même où celui-ci parvient à l'équilibre économique, Emmanuel Macron utilise sa botte : Le système, complexe, produit des « sédiments » de l'Histoire, serait à l'origine d'inégalités révoltantes. Notre solidarité « *ne correspond plus aux règles d'une économie de l'innovation et de la compétence* ». Jean-Paul Delevoye, chargé de mener la concertation avec les organisations syndicales, renchérrissait sur les ondes le 11 octobre : « *Vous voyez bien que les concitoyens estiment aujourd'hui que le système est injuste, fragile, inégal. [...] Aujourd'hui, nous avons 42 systèmes, organisés par catégorie professionnelle. Dans un moment où le futur est plein d'aléas, les*

professions, les métiers vont changer à toute vitesse. Dire à nos jeunes : "Votre retraite dépendra de l'avenir de votre profession" est aujourd'hui irresponsable ». Encore une fois, l'épouvantail des « régimes spéciaux » est brandi comme argument massue par le gouvernement puis par ses relais médiatiques pour faire passer la pilule. Il fallait ôter du cœur des Français ce souci primordial, et enfin, fondre les régimes spéciaux en un seul système « *juste, unique et transparent* », selon le président, établissant une égalité formelle entre individus, quelle que soit leur activité professionnelle, salariée ou indépendante, dans le public ou dans le privé. Un des avantages de la suppression de ces fameux régimes spéciaux serait de faire payer à

l'ensemble des travailleurs des retraites qui devraient peser sur les seuls reins de l'État. Aujourd'hui, la SNCF compte 260 000 retraités pour 150 000 cotisants. Ces derniers cotisent chaque année pour 2 milliards d'euros, et l'État doit rallonger en transférant 3,3 milliards d'euros. De même, l'État paye les retraites de 2,4 millions de retraités pour 1,7 million de fonctionnaires. Cela est dû aux suppressions de postes, aux privatisations, aux transferts de fonctionnaires aux collectivités territoriales. La prise en compte de ces sommes dans un régime général tirerait à coup sûr les pensions du privé à la baisse... alors que les travailleurs n'y sont pour rien dans les politiques d'austérité menées par les gouvernements successifs depuis trente ans.

2. Une petite histoire des retraites

Les régimes spéciaux n'ont jamais été des privilèges. Ce sont des acquis sociaux qu'ont obtenus des secteurs de la classe ouvrière à l'époque où le patronat refusait d'accorder un régime à l'ensemble des travailleurs. L'État fut le premier à instituer des caisses de retraite : pour les marins dès le XVII^e siècle, puis pour les agents de la Banque de France, les fonctionnaires d'État, des collectivités et des hôpitaux, et même de l'Opéra et de la Comédie Française. Ces retraites marchent selon des systèmes de capitalisation. Puis, au XIX^e siècle, le mouvement mutualiste et les caisses de prévoyance mettent en place les premières « vraies » retraites, notamment pour attirer et stabiliser la main-d'œuvre : le régime des mineurs est créé en 1894, celui des cheminots en 1909. En 1880, Bismarck organise un système de retraites en Allemagne, tandis que les Français devront attendre 1910 pour voir la première tentative de « retraite ouvrière et paysanne ». Elle aussi fonctionnait par capitalisation, couvrait seulement 40 %

du salaire lorsqu'on partait à 65 ans, et n'était pas obligatoire. Elle ne couvrait donc qu'un tiers des salariés. En 1928, les premières « assurances sociales », obligatoires, voient le jour. Elles fonctionnent en mêlant capitalisation et répartition. La seconde guerre mondiale provoque un effondrement total de la valeur de ce qui était « capitalisé ». C'est donc Pétain, en 1941 qui met en place un système par répartition, et uniquement par répartition.

Au lendemain de la guerre, le Conseil national de la Résistance met en place un système par répartition, le « Régime général de Sécurité sociale ». Chaque travailleur accumule des annuités. En les liquidant à 65 ans, elles couvrent 40 % de son salaire. Pour ceux qui veulent « compléter » leur taux de couverture, l'Agirc est créée en 1947 pour les cadres, et l'Arrco, en 1961, pour les ouvriers. Les régimes « spéciaux », plus avantageux, se maintiennent. Ils garantissent pour la plupart un taux de liquidation à 75 % des salaires en fin de carrière. Selon la vision

de la CGT, ces régimes spéciaux auraient dû dépérir d'eux-mêmes dans la mesure où le Régime général de la Sécurité sociale aurait dû porter la couverture à 75 % pour l'ensemble du monde du travail. Le calcul de ces 75 % sur les dix derniers, puis sur les dix meilleurs salaires d'une carrière était d'ailleurs une amélioration portée au régime général, qui a seulement atteint un remplacement à 50 % du salaire. La création de l'Agirc puis de l'Arrco, fonctionnant non par annuités, mais par points, a rendu cet état de fait définitif.

La réforme d'Emmanuel Macron ne propose pas, dans l'immédiat, de revenir à un système par capitalisation : le souvenir de la fonte brutale de la valeur de leurs « points », en 1939, a marqué les salariés et leurs descendants. Pour autant, ce projet, en mettant en place un calcul de la retraite par points, et seulement par points, liquide l'idée selon laquelle la retraite est la continuation du salaire.

3. La fable du « privilège des fonctionnaires »

Si le taux de remplacement du salaire est calculé, dans le privé, sur les 25 meilleures années de carrière du salarié, il est basé sur les six derniers mois de la carrière dans le public. Pourtant, le taux de

remplacement dans le public est inférieur à celui du privé, notamment parce que les primes que touchent certains fonctionnaires ne rentrent pas en ligne de compte dans ce calcul. Lorsqu'on compare

la génération née en 1946 et celle née en 1956, ce taux recule pour tous les retraités. Mais il recule plus dans le public que dans le privé. Le « privilège » de la fonction publique est donc une fable.

Politiques familiales : investir pour l'avenir

1. Des politiques familiales aux politiques sociales

Le système de Sécurité sociale est institué par l'article 1^{er} de l'ordonnance du 4 octobre 1945. Il précise qu'elle est « *destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leurs capacités de gains, à couvrir les charges de maternité et les charges de famille qu'ils supportent* ». La famille est donc au cœur de la Sécurité sociale. Les prestations familiales représentent au départ plus de la moitié des dépenses du régime général. Donnons une idée de leur importance au sortir de la guerre : au début des années 1950, la moitié du revenu d'une famille ouvrière avec trois enfants est constituée des prestations familiales.

UN SYSTÈME AMBITIEUX

À la Libération, assurances sociales et caisses de compensation pour allocations familiales deviennent, organiquement, la Sécurité sociale. Il s'agit d'un système ambitieux dans ses objectifs et simple dans sa construction, avec une logique de transferts monétaires et de prestations directement versées à la famille, sans affectation préalable à tel ou tel besoin.

La logique des revenus de remplacement se déploie avec l'assurance maternité, et celle des compléments de revenus avec les allocations familiales. Sur un plan fiscal, la loi de finances du 31 décembre 1945 institue, dans le cadre de l'impôt sur le revenu, le mécanisme du quotient fami-

lial : le calcul de l'impôt prend en compte la taille et la configuration de la famille en la décomposant en unités de consommation.

UNE VARIABLE D'AJUSTEMENT

Une véritable rupture s'opère dans les années 1970, lorsque le système élaboré après guerre glisse insidieusement d'une politique familiale à une politique sociale. La période plus récente est marquée par la recherche permanente d'économies et d'idées pour limiter la progression des dépenses. Dans le cadre des plans de rééquilibrage des comptes de la Sécurité sociale, un ciblage accru et un usage plus systématique des conditions de ressources ont présidé au changement des prestations

et à l'établissement de nouvelles allocations. Les déficits cumulés conduisent à rogner sur les

diverses prestations en place, soit en les revalorisant le plus faiblement possible, soit en ten-

tant d'en écarter certains bénéficiaires.

2. Les politiques familiales, un investissement pour tous, et surtout pour toutes

Les politiques familiales ont plusieurs objectifs. À court terme, elles doivent favoriser la conciliation entre travail et vie de famille des parents de jeunes enfants. Elles ont pour objectif d'encourager une plus grande participation des parents à l'emploi, de réduire la fréquence des interruptions de travail, et donc d'accroître le montant des richesses produites. Elles sont également censées avoir un effet positif sur le développement des capacités dès l'enfance, avec des effets à long terme favorisant la croissance économique.

Enfin, les politiques éducatives, en prévenant le développement de comportements « à risque », ont un effet positif sur la cohésion sociale. C'est pourquoi la prise en charge de l'éducation des enfants doit être considérée comme un bien public. L'ensemble des individus bénéficient des effets positifs des transferts de prise en charge en direction des familles. Les politiques familiales doivent être vues comme un investissement susceptible de générer des retombées futures très positives, et non plus comme une dépense nette ou un coût pour la collectivité.

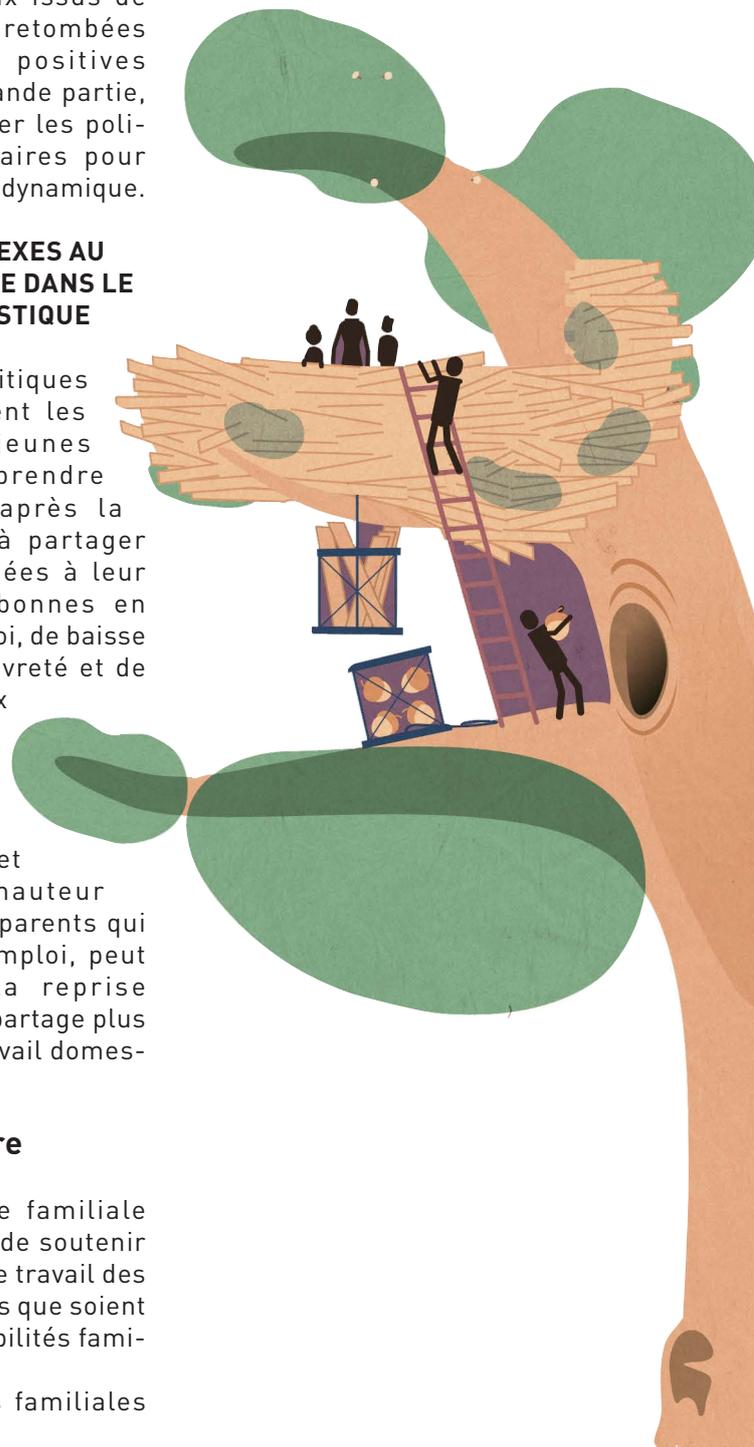
Les politiques tendant au plein-emploi sont de nature à favoriser la progression des politiques familiales. Ces dernières sont également créatrices d'emploi et de croissance. Elles

jouent aussi un rôle important dans la réduction des niveaux de pauvreté, l'accroissement des niveaux de vie des familles et pour l'égalité entre les femmes et les hommes. Elles sont enfin créatrices de plus de revenus fiscaux issus de l'activité. Ces retombées économiques positives peuvent, en grande partie, servir à financer les politiques nécessaires pour alimenter cette dynamique.

ÉGALITÉ DES SEXES AU TRAVAIL COMME DANS LE TRAVAIL DOMESTIQUE

Toutes les politiques qui encouragent les parents de jeunes enfants à reprendre une activité après la naissance et à partager les activités liées à leur charge sont bonnes en matière d'emploi, de baisse du taux de pauvreté et de hausse du taux de fécondité. Pour cela, l'octroi d'un congé, d'une durée limitée et rémunéré à hauteur du salaire des parents qui occupent un emploi, peut encourager la reprise d'emploi et un partage plus équilibré du travail domes-

tique entre les parents. Une offre de services d'accueil de qualité pour la petite enfance complétant la prise en charge des parents est bien entendu nécessaire.



3. Le droit à une politique familiale solidaire

L'accueil, les soins, l'entretien et l'éducation des enfants représentent une fonction sociale qui engage l'avenir de la société. Cela justifie une politique familiale de haut niveau et la participation des entreprises à son financement.

Cette politique familiale doit permettre de soutenir et encourager le travail des femmes, quelles que soient leurs responsabilités familiales :

- prestations familiales

Pour la CGT, cinq grandes catégories d'objectif sont à développer ou à conforter

1) Compenser le coût direct des enfants pesant sur le budget des familles pour limiter les écarts de niveaux de vie existant entre les ménages avec ou sans enfant(s).

2) Aider les parents à concilier travail et vie de famille et ainsi favoriser le développement de l'accès et

de l'évolution des femmes au travail. L'investissement réalisé en mode d'accueil est constaté à relativement court terme.

3) Soutenir le développement cognitif et social des enfants. Il s'agit de permettre aux enfants de se développer dans un contexte d'égalité des droits et de compenser d'éventuels déficits se manifestant très tôt dans l'enfance.

4-5) Deux autres objectifs doivent être recherchés : tout d'abord, la promotion de l'égalité entre les sexes, non seulement en matière de situation professionnelle mais aussi en matière de répartition équitable des activités de soin et d'éducation des enfants.

(Sécurité sociale) et fiscalité (État) sont deux composantes essentielles du soutien

apporté aux familles par la société ;

- les équipements et services

accueillant les enfants, les jeunes et les familles doivent prendre une part importante et être mieux répartis sur les territoires, en quantité et qualité, dans le développement d'une politique familiale solidaire ;

- l'universalité du droit aux allocations familiales doit être réaffirmée, car elle permet de maintenir le niveau de vie entre les ménages sans enfants et les ménages ayant des enfants à charge ;
- le droit aux allocations familiales (non imposables et sans conditions de ressources) doit être assuré dès le premier enfant ;
- le montant du complément de libre choix (ou optionnel) d'activité qui indemnise le congé parental doit se faire sur la base du salaire antérieur du parent salarié en congé parental et être versé jusqu'à la fin de la première année de l'enfant.

4. Financement de la branche famille

Le financement de la branche famille par la cotisation sociale donne de la valeur économique à des activités menées hors du marché du travail et sans profit. Il correspond actuellement au quart du PIB. Une augmentation de la cotisation sociale permet ainsi une croissance du PIB : c'est bon pour l'économie. Au contraire, l'augmentation du nombre d'exonérations portant sur les cotisations sociales fait croître la part des dividendes et de l'épargne des entreprises. La « baisse des charges » ne soutient donc pas la compétitivité française. Les études réalisées ne montrent aucun effet positif des exonérations de cotisa-

tion sociale sur l'emploi dans les entreprises concernées. Elles privent également les services publics de moyens supplémentaires, puisqu'elles ne sont pas compensées totalement par l'impôt. La cotisation sociale est donc menacée par le transfert vers la cotisation sociale générale (CSG), outil de développement du profit capitaliste.

En définitive, l'idée que les cotisations sociales employeurs n'ont pas de raison d'être n'a pas de base économique solide. Les cotisations familiales sont un instrument de politique familiale. Il n'y a pas de raison d'éliminer toute contribution des employeurs à la reproduction sociale des tra-

vailleurs. Au contraire, la supprimer fragilise le financement de la branche famille. Les politiques familiales doivent être vues comme un investissement et non pas comme une dépense nette.

Dans ce cas, la compensation des coûts indirects des enfants, aujourd'hui principalement supportés par les femmes, devient un objectif. Le renouvellement des générations est également un objectif visé. La France est en tête des pays européens pour son taux de fécondité grâce à une politique globale, forte et diversifiée. Il importera pour les années futures de conserver ces grands équilibres.

Remettre la main sur le « pognon de dingue »

LE MOT DE...

Brigitte Langlais

membre de la direction confédérale,
aide-soignante dans un hôpital
psychiatrique en Lozère

« La CGT a placé le travail au cœur de sa démarche revendicative, axe de notre proposition d'un nouveau statut du travail salarié et de la sécurité sociale professionnelle. Il s'agit de conquérir des droits nouveaux, précis, concrets, dans une société fortement marquée par le chômage et la précarité, en recherchant l'émancipation des travailleurs. "Bien travailler pour bien vieillir" : on ne peut pas parler de la retraite ou du vieillissement sans parler du travail. La transformation du travail et son

organisation ont produit de nouveaux risques. Nous devons convaincre que la Sécurité sociale doit passer d'une logique d'assurance sociale gérant un risque maladie à une logique de santé préventive et éducative. Signe que l'on n'écoute pas les salariés qui sont les experts de leur travail : Le nombre d'accidents de travail et d'arrêts maladie est en constante augmentation. La CGT doit travailler à l'expression des besoins sur chaque lieu de travail. En se réappropriant le travail et en permettant de débattre sur le sens et le contenu du travail, nous ferons le lien entre conditions de travail et pathologie. C'est ainsi qu'on passera de la guérison à la prévention. »

Travail et Santé, indissociablement liés

1. Un management pathogène

Toutes les études le montrent, la santé au travail ne cesse de se dégrader. Les maux issus du travail se diversifient. L'intensification du travail entraîne de plus en plus de maladies professionnelles, de troubles musculo-squelettiques, et de risques psychosociaux comme les *burn-out*.

La souffrance des salariés n'est pas due au travail en lui-même. Elle provient de l'impossibilité, dans les conditions matérielles imposées par leur entreprise, de fournir un travail de qualité. Cette

« injonction paradoxale » – faire et ne pas faire son travail – nuit, en dernier ressort, à l'efficacité de l'entreprise. Plutôt que de souffrir de mal faire leur travail, certains salariés se protègent en se désengageant et en fournissant un travail de mauvaise qualité. Outre le problème de société posé par ce phénomène grandissant, ce « mal-travail » coûterait 80 milliards d'euros, soit quatre points de PIB par an à l'économie française selon les chiffres du ministère.

Ce désengagement se traduit par une augmentation des arrêts pour accidents ou maladies professionnelles. Le management nuisible pèse ainsi sur la Sécurité sociale, sur nos cotisations, plutôt que d'être entièrement à la charge de ceux qui en sont responsables : les employeurs. Autre symptôme de ce rejet du travail : les malfaçons, les rebuts, les voitures rappelées par millier, la construction de trains trop larges pour passer dans le quai des gares...

2. Pourquoi la démocratie s'arrêterait-elle aux portes de l'entreprise ?

Les travailleurs sont les premiers experts du travail. Qu'ils soient salariés ou indépendants, ils mettent chaque jour en place les conditions nécessaires à la production. Ce sont eux qui résolvent les problèmes, qui bidouillent, qui bricolent, qui innovent à partir de leurs expériences et de leurs savoir-faire pour parvenir à transformer la matière et à la rendre utile à leurs congénères. Malgré le développement de *process*, de protocoles, de feuilles de route ultra-détaillées, seule l'inventivité du travailleur permet de combler le hiatus entre la matière première et le produit fini. Sans l'utilisation de cette liberté, aucune entreprise ne serait aujourd'hui en état de fonctionner. Cette capacité d'ac-

tion, d'autonomie, d'émancipation, doit être reconnue parmi les critères de qualité du travail.

Mais comment demander au travailleur d'utiliser cette liberté pour produire, et lui demander de mettre son mouchoir dessus lorsqu'il s'agit de décider de la manière dont on produit ? On ne peut pas demander au salarié d'être réactif, créatif, innovateur... et de se taire sur les choix stratégiques de l'entreprise. Comme les citoyens ont gagné le droit à l'expression dans la cité, les travailleurs doivent décider dans l'entreprise. On ne peut exiger d'une personne de voter en son âme et conscience en tant que citoyen, et les faire taire en tant que travailleur.

Il faut inventer un nouvel âge de la démocratie au travail qui aille bien au-delà de la démocratie sociale. Il faut organiser le débat sur la qualité du travail. Cette qualité doit être le critère qui guide toute prise de décision dans l'entreprise, jusqu'au plus haut niveau. Cela implique de donner du temps et des moyens pour que les salariés puissent débattre entre eux afin que toutes les décisions prennent en compte la réalité du travail. Ce débat sur la qualité du travail doit se faire au sein des CHSCT – qu'il est essentiel de réintroduire dans l'organisation de l'entreprise. Il faut transformer le travail et son organisation afin que chacun s'y épanouisse et s'y émancipe.

3. Notre santé n'a pas de prix

On ne rachète pas un poumon. Il faut remettre en cause cette conception de la santé au travail qui, en échange des conditions de travail pénibles ou dégradées, propose des contreparties financières. Le prix à payer pour ce marché de dupes est trop lourd. Amiante, plomb, pesticides, produits chimiques... Les exemples d'entreprises polluantes sont nombreux. Chacun sait que ces émanations attaquent gravement la santé des salariés, leur espé-

rance de vie et celle des populations environnantes. Faut de prévention et de recherches de reconversion, on reste dans un dilemme impossible à résoudre : si l'entreprise continue elle tue physiquement. Si elle ferme, elle tue socialement. Il est donc urgent que tous les acteurs salariés, employeurs, Sécurité sociale, groupes mutualistes, s'engagent dans une réelle démarche de prévention et d'éducation du travail et de la santé. Il faut s'attaquer aux

causes réelles du mal, et pas seulement aux conséquences.

Les inégalités sociales produisent des inégalités de santé. Les enquêtes de l'institut national d'études démographiques montrent régulièrement que les ouvriers et les employés sont plus rapidement en incapacité de travail ou en invalidité que la moyenne. Leur espérance de vie est aussi plus basse. La course à la compétitivité, en intensifiant le travail, creuse ces inégalités.

4. Étendre le champ de la Sécurité sociale

Parce que les problèmes de santé fragilisent la situation du salarié dans l'entreprise, et que les problèmes au travail ou l'éloignement de l'emploi accentuent les problèmes de santé, pour nous, à la CGT, Sécurité sociale « santé » et sécurité sociale professionnelle sont indissociables. Nous voulons étendre le champ de la Sécurité sociale, dans une perspective de lutte contre tous les processus d'exclusion, et d'une politique de prévention de la désinsertion pro-

fessionnelle.

Nous proposons donc que les droits sociaux et sanitaires soient attachés à la personne, transférables et opposables à toute entreprise. Cette proposition est d'autant plus légitime qu'aujourd'hui, lorsqu'on quitte une entreprise, volontairement ou pas, on perd un grand nombre de droits qu'on avait acquis, et il faut tout reprendre à zéro.

Comme pour la sécurité sociale de santé, la sécurité sociale pro-

fessionnelle s'inscrit dans une démarche de prévention, celle de la perte d'emploi. C'est la revendication de la CGT contre les licenciements. Une sécurité sociale professionnelle protégerait en cas de perte d'emploi et permettrait, par la formation professionnelle, de pouvoir rebondir et poursuivre son cursus professionnel sans perte d'ancienneté, ni de qualification.

5. Porter la « Sécurité sociale professionnelle » dans les institutions

La question de la santé est globale, et se pose dans le travail aussi bien qu'en dehors. Elle va au-delà du « *bien être physique, social et psychique* » défini par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Pour nous, le concept de santé inclut

également la capacité à créer, à être utile, à tisser des liens avec les autres, à se projeter. La CGT entend engager une démarche de reconquête de la sécurité sociale avec une vocation et une mission : tenir fermement les fils qui relient

santé au travail et santé publique. Cet esprit pourrait se traduire sur le territoire par la mise en place de « Maisons du travail et de la santé », au service de la prévention et du « bien-travailler ».

Fiche 12

La CSG, une aliénation des salariés

1. De la cotisation sociale à l'impôt

Rappelons-le : la mise en place de la contribution sociale généralisée (CSG), en 1990 fut une mesure impopulaire. Adoptée grâce au 49.3, il s'en fallut de cinq voix pour que la mesure ne soit pas rejetée par la motion de censure. L'objectif affiché par le gouvernement était alors de « diversifier » le financement de la Sécurité sociale. En réalité, l'enjeu était de modifier la nature de celui-ci, en le faisant passer d'une cotisation à un impôt. De même, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) est de fait un impôt créé en 1996 pour combler

les déficits de la Sécurité sociale. Ces deux contributions sont prélevées directement sur les revenus du travail et du patrimoine des particuliers.

La CSG concerne toute personne domiciliée en France et rattachée à un régime français de Sécurité sociale. À la différence des cotisations sociales qui ne portent que sur les revenus d'activité, la CSG concerne, outre les revenus d'activité, les retraites et les revenus de remplacement (allocations-chômage, indemnités journalières de maladie...), les revenus du patrimoine et place-

ments (revenus fonciers, rentes viagères, valeurs mobilières...) et les sommes mises et redistribuées par les jeux. Mais la CSG met à contribution principalement les revenus du travail ($\pm 70\%$ selon les années) et les pensions (18 % selon les années). Elle est prélevée à la source sur la plupart des revenus. Elle est recouvrée par l'Urssaf sur les revenus d'activité et par l'administration fiscale sur les revenus du patrimoine (déclaration de revenus).

2. Un impôt « hybride »

Sa nature a été débattue car elle suit un régime légal dual. La contribution sur les revenus d'activité et de remplacement est soumise aux règles d'assiette et de

recouvrement des cotisations de Sécurité sociale d'un côté, tandis que la contribution sur les autres catégories de revenus relève des dispositions du Code général

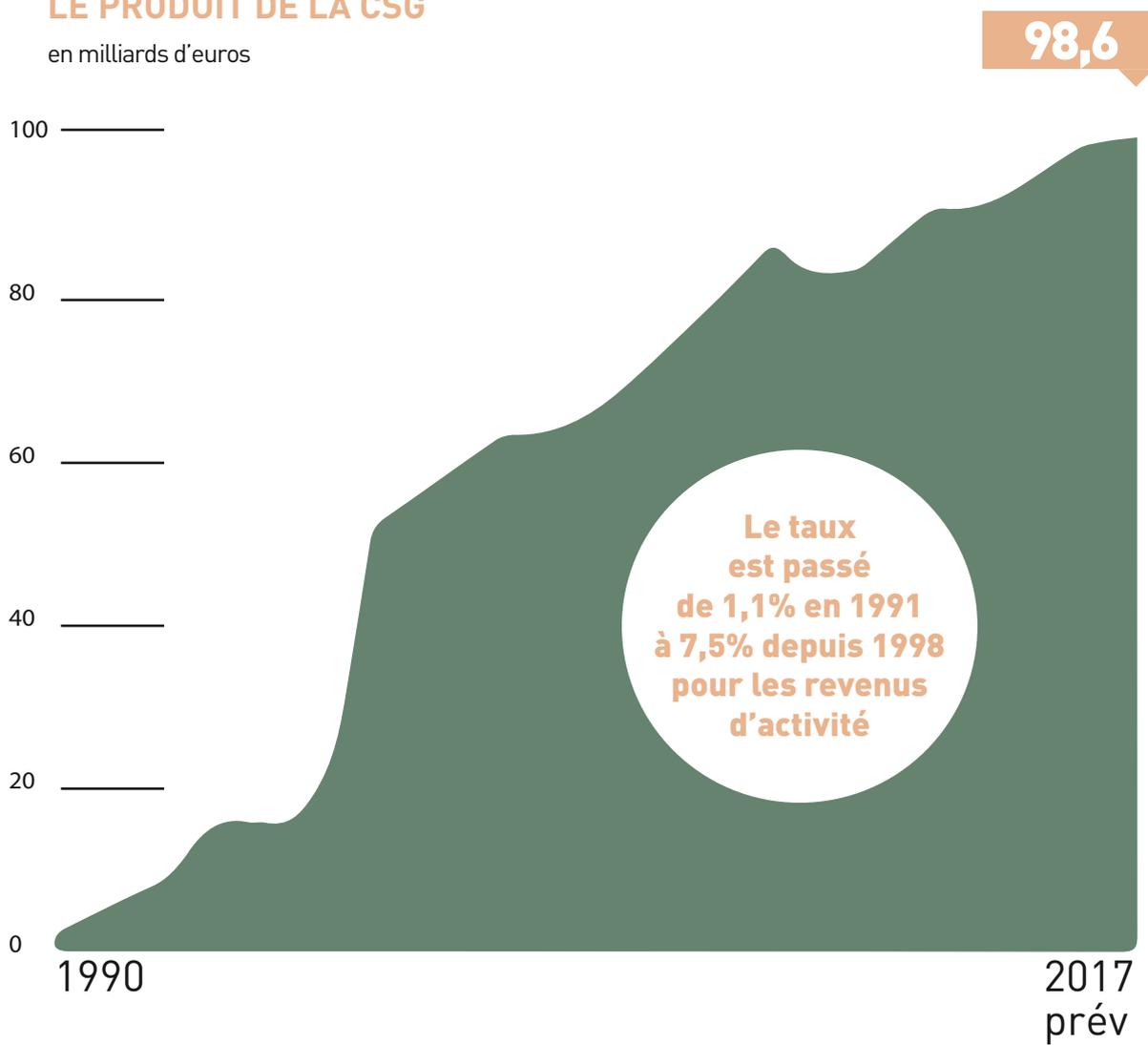
des impôts, d'où sa qualification « d'impôt hybride ».

Le taux de CSG, même si proportionnel, varie selon le type de revenu :

TAUX	TYPE DE REVENU
9,2 %	Activité salariée, intéressement et participation, allocations de préretraite
8,3 %	Pensions de retraite et d'invalidité
6,2 %	Indemnités chômage
8,2 %	Revenus du patrimoine et de placement
9,5 %	Sommes mises et redistribuées dans les jeux

LE PRODUIT DE LA CSG

en milliards d'euros



Patricia Tejas

membre de la commission financière de contrôle confédérale, CGT Finances

« Cela fait vingt-sept ans que la CSG existe, et vingt-sept ans qu'avec une grande constance, la CGT alerte sur un risque qui, avec le temps, est devenu réalité : la Sécurité sociale est de plus en plus financée par l'impôt, et de moins en moins par les cotisations sociales. Pour se sortir de cette équation incontestable, l'État a essayé de qualifier la CSG d'« hybride ». Une manière polie de dire que c'est un impôt. On a donc peu à peu assisté à une fiscalisation du financement de la Sécurité sociale. Le prélèvement à la source participe d'ailleurs de cette fiscalisation. On l'a mis en place, non parce que cela avait un intérêt économique – le système permettait déjà de recouvrer 98 % de l'impôt – mais pour que la fiche de

paie soit prête à une fusion entre la CSG et l'impôt sur le revenu. On étatisait la protection sociale, jusque-là aux mains des salariés et de leurs élus. Or ce contrôle des salariés est une des grandes conquêtes des travailleurs au sortir de la guerre. Cette digue entre les caisses de l'État et celles des salariés est en train de sauter. Ce qui veut dire que demain, l'État pourra utiliser ces sommes non pour assurer la protection sociale, mais pour acheter des Rafales ou pour le CICE. La gestion échappe aux syndicats, et la fongibilité de cette manne pose problème. Cette fiche permet de mettre en lumière un processus indolore à court terme, mais dramatique. Elle permet de se réappropriier les enjeux de la fiscalisation de la Sécurité sociale, et donne des éléments pour convaincre, c'est un outil militant plus qu'un tract à distribuer. On ne peut pas laisser filer entre nos doigts le bien commun de tous les travailleurs et travailleuses ».

L'affectation suit le régime de cotisation, et est traçable au centime près. La CSG est affectée à

la branche famille, au fonds de solidarité vieillesse, à la branche maladie de la Sécurité sociale, et

à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

3. Macron matraque les retraités

Pour augmenter le pouvoir d'achat, Emmanuel Macron aurait pu augmenter le Smic, les minima sociaux ou imposer des négociations salariales dans les branches et dans la fonction publique. Mais il a fait un autre choix. Il prévoit de supprimer les cotisations maladie (0,75 % du salaire brut) et chômage (2,4 %) acquittées par les salariés, en échange d'une hausse de 1,7 point de contribution sociale généralisée (CSG) pour tous, actifs mais aussi retraités qu'il dit « aisés », à savoir ceux dont la pension est supérieure à 1 198 € par mois, soit 14 375 € par an. Ainsi, une

pension de 1 200 € se verra amputée de près de 300 € par an, 25 € par mois ! En pratique, un salarié gagnant 2 000 € par mois recevra 390 € supplémentaires par an, un autre gagnant 5 500 € en recevra 1 050 € de plus... En apparence et dans le discours, il s'agirait d'un gain de pouvoir d'achat. Cependant, contrairement à une cotisation sociale, une partie de la CSG entre dans le revenu imposable, donc se traduira en fait par une augmentation de l'impôt sur le revenu. Cela pourrait aussi modifier l'octroi des aides sociales en cas de dépassement des seuils d'imposition.

Ce tour de passe-passe doit rapporter environ 22 milliards d'euros. Pour les salariés du secteur privé, affiliés au régime général, la baisse de cotisations avoisinera 17 milliards d'euros. Il resterait donc près de 5 milliards à répartir entre les fonctionnaires et les indépendants. Ainsi les fonctionnaires paieront, eux aussi, plus de CSG, mais ne pourront pas bénéficier de la suppression en contrepartie des cotisations qui n'existent pas dans leur régime. Un problème que rencontreront également les indépendants.

4. La fiscalisation du financement de la protection sociale « en marche » ?

À sa création, la Sécurité sociale était entièrement financée par les cotisations issues du travail, qui sont du salaire socialisé. Mais le patronat n'a jamais accepté cet état de fait et a toujours trouvé des gouvernements complices pour

transférer, entre autres via l'impôt, le financement de la Sécurité sociale sur les ménages.

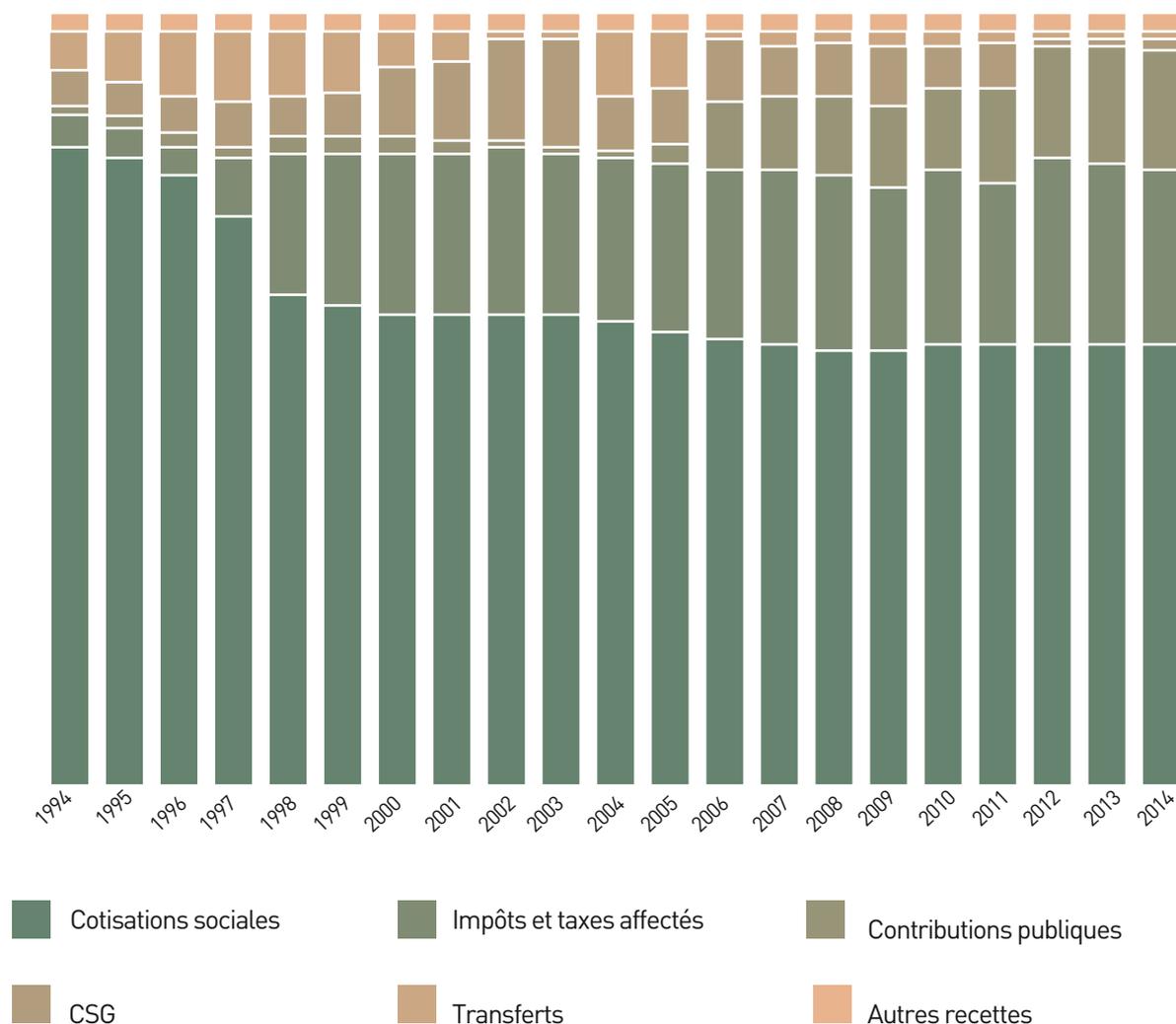
Même si les cotisations restent majoritaires, elles perdent du terrain. Et les travailleurs avec : les cotisations sociales constituent

un élément du salaire. Elles sont immédiatement transformées en prestations par la Sécurité sociale (pension, allocation, chômage, maladie...). La cotisation sociale est, comme le salaire direct, prélevée sur la valeur ajoutée, c'est-

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

(régime général)

de 2000 à 2014 en %



à-dire les richesses produites par le salarié. Augmenter les cotisations sociales, c'est augmenter

les salaires et faire reculer le profit. On a ainsi une opposition entre salaire et profit : quand l'un

augmente, l'autre recule.

5. Quelques idées pour financer la Sécu

Contrairement au discours du ministre Gérard Darmanin qui affirme que la France n'a pas les moyens, rappelons quelques faits et que notre pays n'a jamais été aussi riche :

- la fortune des 500 Français les plus riches a été multipliée par 7 en vingt ans ;
- la France est championne

d'Europe 2016 du versement de dividendes aux actionnaires avec 56 milliards d'euros distribués ;

- le produit intérieur brut (la richesse produite par les travailleurs en un an) atteint les 2 200 milliards d'euros – il était de 1 300 milliards d'euros en 1997.

Des solutions existent pour trouver plusieurs milliards afin de financer les politiques publiques et répondre aux besoins sociaux :

- suppression du crédit d'impôt compétitivité et emploi : 18,7 milliards prévision 2017 (source : Sénat) ;
- les autres niches fiscales dont il faudrait analyser l'ef-

- efficacité économique : 150 milliards par an ;
- une contribution des entreprises aux collectivités locales rapporterait (si l'on s'en tient au niveau de la taxe professionnelle supprimée en 2010) 10 milliards supplémentaires par an pour les services publics locaux ;
 - restaurer un impôt sur le
- revenu plus juste car plus progressif permettrait de rapporter 20 milliards ;
- instaurer une véritable taxe sur les transactions financières à des taux suffisamment forts pour freiner la spéculation qui nuit à l'activité économique rapporterait 25 milliards ;
 - renforcer les services de
- contrôle pour lutter contre la fraude et l'évasion fiscale pourrait rapporter 80 milliards d'euros ;
- suppression des exonérations de cotisation : environ 38 milliards ;
 - suppression de l'exemption (participation, intéressement) : environ 13 milliards...

6. « Le financement de la protection sociale doit être assis sur la cotisation »

Pour la CGT, « l'actuelle CSG est appliquée aux salaires, aux revenus de remplacement, aux revenus du patrimoine et des placements financiers des particuliers. Il s'agit d'une forme d'étatisation et de fiscalisation de la Sécurité sociale que confirme le projet gouvernemental de fusion de la CSG avec l'impôt sur le revenu. Pour la CGT, les caracté-

ristiques de la CSG s'apparentent à des cotisations sociales et non à de l'impôt ».

La CSG doit être remplacée par le système suivant :

- la part correspondant aux salaires deviendrait une cotisation sociale ;
- la part sur les revenus de remplacement pourrait être

remplacée partiellement ou en totalité par une cotisation assurance maladie ;

- la part correspondant aux revenus financiers des particuliers deviendrait une contribution à laquelle les revenus financiers des entreprises seraient également soumis.

Quel financement de la solidarité ?

1. Des dépenses de solidarité en berne

Depuis trente ans, les gouvernements successifs et le patronat n'ont cessé de s'alarmer à propos du « *trou abyssal de la Sécurité sociale* », et d'enchaîner les plans d'économies pour équilibrer les comptes de la Sécu. La diminution drastique, depuis dix ans, du taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie, dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam),

fixé par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale, illustre parfaitement cette volonté (voir graphique « Évolution du taux de croissance des dépenses d'assurance maladie depuis le Plan Juppé »).

Cette obsession des économies est la première cause des reculs de notre Sécurité sociale solidaire :

- baisse des remboursements des dépenses de santé, rédu-

tion drastique des moyens de l'hôpital public, augmentation des renoncements à des soins pourtant nécessaires ;

- succession de réformes des retraites régressives depuis la réforme Balladur de 1993 ;
- remise en cause de l'universalité des prestations familiales...

2. À l'origine de la sécurité sociale, le salaire socialisé

Le financement de la Sécurité sociale repose encore principalement sur les cotisations sociales, elles-mêmes assises sur les salaires qui rétribuent la force de travail. Ce ne sont pas des « charges » – comme veut le faire croire le patronat – mais la part socialisée du salaire. Elle est **mutualisée** entre les salariés pour répondre à des besoins sociaux : se soigner, demeurer en bonne santé, distribuer des allocations familiales ou des pensions de retraite, bref, contribuer au bien-

être des salariés et de leurs ayants droit avant, pendant et après la vie active.

Ces dépenses sont financées par le travail des salariés, comme leur salaire direct. De ce point de vue, il n'existe aucune différence entre les cotisations sociales des salariés (qui sont déduites du salaire brut) et les cotisations patronales. Par conséquent, quand le gouvernement diminue les cotisations patronales, il touche au salaire des travailleurs (au bénéfice des profits du capital). Cela n'aug-

mente en rien le pouvoir d'achat, puisque ce qui était financé par des cotisations sociales hier le sera demain par l'impôt. La création de richesses par le travail, dans le cadre de l'entreprise, est la base du financement de la protection sociale solidaire. Les cotisations sociales, qui financent les retraites complémentaires ou l'assurance chômage, font aussi partie du salaire socialisé.

3. Un pillage des cotisations sociales

Depuis une vingtaine d'années, les exonérations de cotisations sociales se sont multipliées. Elles représentent aujourd'hui près de 30 milliards d'euros par an (voir graphique « Évolution des exonérations de cotisations sociales depuis 1992 »). Pour les salariés concernés, elles constituent une baisse de leur salaire socialisé. Aujourd'hui, dans la pratique, les

cotisations sociales sont devenues progressives, jusqu'à 1,6 Smic. Au niveau du Smic, il n'y a plus de cotisations de Sécurité sociale patronales, à l'exception d'une partie de la cotisation accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP). La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 prévoit la transformation du CICE en baisse de cotisations sociales, ce

qui conduira à exonérer les cotisations patronales de Sécurité sociale, mais également les cotisations patronales au titre des retraites complémentaires et de l'assurance chômage. Au niveau du Smic, il n'y aura quasiment plus de cotisations employeurs au titre de l'ensemble de la protection sociale !

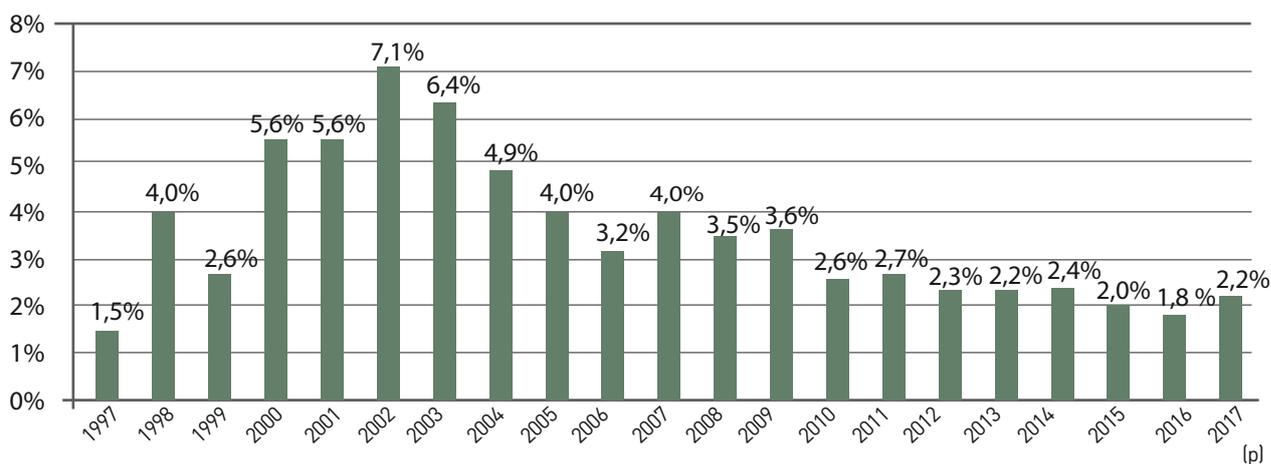
4. Des exonérations financées par les fumeurs

La majorité de ces exonérations sont compensées, soit directement par le budget de l'État, soit par affectation à la Sécurité sociale de certaines recettes fiscales, principalement les taxes sur le tabac. Les cotisations exonérées ne sont pas financées par les entreprises – qui sont les grandes gagnantes de ce « tour de passe-passe » – mais par des mécanismes de solidarité nationale. Elles sont donc à court terme sans conséquence sur les droits des salariés : un salarié payé au Smic bénéficiera d'une retraite sur la base du Smic bien que l'entreprise n'ait pas versé les cotisations correspondantes (ses prestations de retraite seront financées par les taxes tabac, qu'il

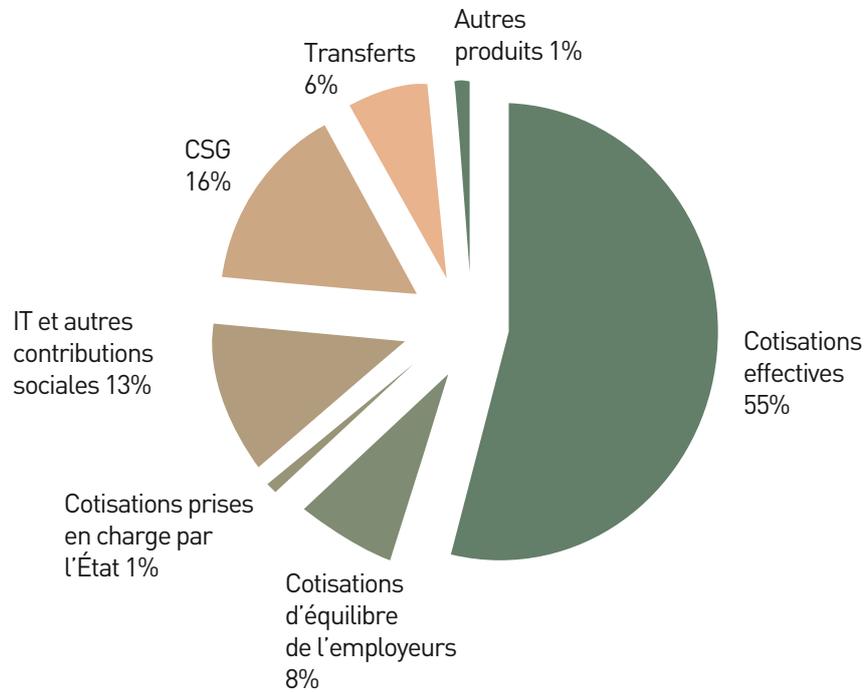
soit fumeur ou non). En revanche, certains éléments de la rémunération de la force de travail comme l'intéressement et la participation n'ouvrent pas de droits à protection sociale (ils ne sont par exemple pas pris en compte pour le calcul de la retraite, des indemnités journalières ou pour les prestations d'assurance-chômage), diminuant ainsi la part du salaire socialisé. Les spécialistes parlent d'exemptions de cotisations sociales. La part des cotisations sociales dans les recettes de la Sécurité sociale a régulièrement diminué depuis vingt ans. Cette baisse a deux causes : l'explosion des exonérations de cotisations sociales

compensées par des taxes comme celle sur le tabac, et le remplacement d'une part croissante des cotisations salariales par la contribution sociale généralisée (CSG), qui est payée également par les retraités, contrairement aux cotisations. Actuellement, les cotisations sociales ne représentent plus que les deux tiers des ressources de la Sécurité sociale (voir le graphique « Structure des recettes de la Sécurité sociale »).

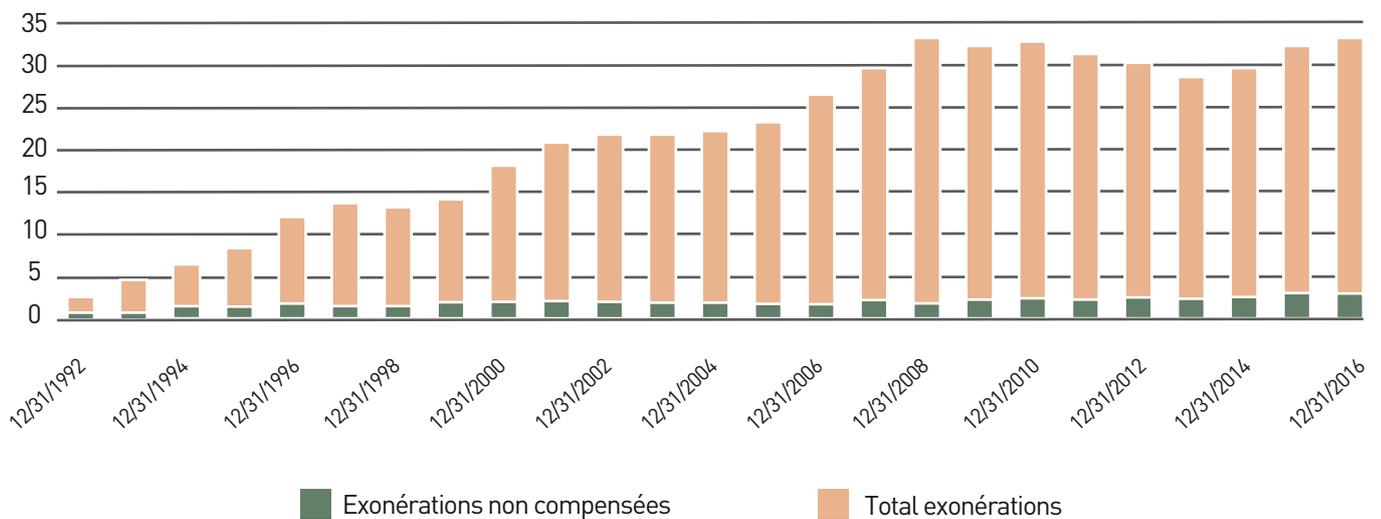
ÉVOLUTION DU TAUX DE CROISSANCE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDEM) DEPUIS LE PLAN JUPPÉ



STRUCTURE DES RECETTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



ÉVOLUTION DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES DEPUIS 1992



5. Pour une réforme du financement de la Sécurité sociale

Les gouvernements successifs ont poursuivi depuis les années 1980 des politiques fondées sur la baisse « du coût du travail » et donc du salaire socialisé. Elles ont contribué à faire fondre les ressources de la Sécurité sociale et en parallèle, à faire diminuer de manière drastique les droits des assurés sociaux. Cette politique d'austérité n'a pas permis d'équilibrer les comptes sociaux, bien au contraire. Les promoteurs de ces politiques oublient que les dépenses de protection sociale sont aussi des recettes pour l'économie : ainsi, le secteur de la santé représente plus de 10 % du produit

intérieur brut. De même, les pensions de retraite permettent aux retraités de consommer et sont donc un facteur de développement économique.

La logique de ces choix économiques – baptisés « économie de l'offre » – est totalement contraire aux besoins des salariés et retraités, comme aux nécessités du développement économique. Les exonérations de cotisations sociales dissuadent les employeurs d'augmenter les salaires et encouragent le développement d'emplois à faible niveau de qualification et/ou précaires. C'est tout le contraire de

ce dont aurait besoin l'économie française, c'est-à-dire le développement des emplois, stables, qualifiés, et bien rémunérés, pour permettre notamment la reconstruction de l'industrie et des services publics, pour conduire l'économie vers le plein-emploi. C'est indispensable pour remettre le travail au cœur de la société. L'économie française souffre d'une insuffisance chronique des investissements productifs – respectueux de l'environnement et facteurs de progrès social – tandis que les placements financiers et les distributions de dividendes sont de plus en plus dominants.

6. Repenser le calcul des cotisations patronales

C'est pourquoi la CGT propose une réforme ambitieuse du financement de la Sécurité sociale visant à remettre le travail et l'emploi au cœur du modèle productif de l'économie française. La Sécurité sociale doit rester financée par le salaire socialisé, mais le mode de calcul de la cotisation dite « patronale » doit être profondément réformé. Le mode de calcul des cotisations sociales doit favoriser le développement de la masse salariale et non inciter à la réduction des salaires et du nombre de salariés. D'où notre revendication d'une surcotisation sur les contrats précaires. Il faut mettre en œuvre une logique qui pénalise les investissements financiers au profit d'une logique d'investissements productifs, créateurs d'emplois et améliorant les niveaux de qualification et de rémunération ainsi que les capacités de production. D'où la proposition d'une réelle mise à contribution des revenus financiers des entreprises.

Quelle réforme du calcul des cotisations ?

1) Repenser le taux de cotisation employeurs

Le taux de cotisation serait différencié en fonction de la masse salariale et des choix de gestion de l'entreprise par la création d'une surcotisation

« patronale ». Le but serait de faire cotiser plus l'entreprise qui ferait le choix de la précarité et de bas salaires.

2) Réaliser l'égalité salariale femmes-hommes

L'égalité salariale femmes-hommes rapporterait à terme plus de 5 milliards d'euros de recettes nettes à la Caisse nationale assurance vieillesse (cotisations nouvelles nettes des prestations).

3) Supprimer les exonérations de cotisations patronales et le CICE

4) Déplafonner des cotisations salariales et patronales

5) Transformer la CSG en cotisation salariale et patronale

6) Soumettre à cotisations sociales les fonds d'épargne salariale

L'intéressement, la participation et l'abondement patronal au plan d'épargne d'entreprise et au plan épargne pour la retraite collective (Perco), ainsi que les stock-options et les attributions d'actions gratuites dont bénéficient certains salariés, seraient soumis à cotisations sociales et permettraient d'acquérir des droits, notamment en matière de retraite

7) Mettre à contribution les revenus financiers des entreprises

La CGT propose la création d'une contribution sociale assise sur les intérêts et dividendes versés par l'entreprise à ses actionnaires et aux souscripteurs d'obligations.

Fiche 14

Les cinq défis de la reconquête de la Sécu

La CGT est engagée dans une campagne ambitieuse pour la reconquête de la Sécurité sociale depuis un an. Il s'agit d'imaginer la Sécurité sociale du XXI^e siècle. Cette réforme s'appuie sur les principes fondateurs de la Sécu que sont la solidarité et l'universalité. La CGT propose de mettre ses propositions « Pour une Sécurité sociale intégrale » en débat dans les organisations, fédérations, unions départementales et syndicats. Cette sécurité intégrale

doit être fondée sur le principe d'un système simplifié, clair et accessible. C'est pourquoi la Sécurité sociale doit devenir interlocuteur, collecteur et payeur unique.

Ces propositions revendicatives posent une série de questions pour parvenir à une Sécu à 100 % sur l'ensemble des branches de la Sécurité sociale. Elles s'inscrivent dans la perspective d'un système plus juste et égalitaire, où les richesses créées par le travail doivent être au service

de l'intérêt général – donc collectif – et de la réponse aux besoins sociaux de toutes et tous. Pour la CGT, la reconquête de la Sécu, c'est permettre à chacune et à chacun de faire face à tous les événements ou aléas de la vie.

La CGT propose « une reconquête de la Sécurité sociale ». Pour que cette reconquête ne reste pas à l'état de slogan, elle doit s'incarner dans des propositions précises. Nous proposons de répondre à 5 défis :

DÉFI N° 1 : Défendre l'unité et l'universalité de la Sécurité sociale

La Sécurité sociale, ce n'est pas seulement l'assurance maladie. Depuis sa création en 1945, la Sécurité sociale a vocation à protéger l'ensemble de la population contre l'intégralité des risques sociaux. C'est dans cette approche que s'inscrit la démarche de reconquête de la Sécurité sociale portée par la CGT. La reconquête de la Sécurité sociale

signifie garantir à toutes et à tous un haut niveau de retraite, concerne aussi la famille, ou encore la perte d'autonomie. Pour la CGT, cette question, qui fait naturellement partie intégrante des missions de la Sécurité sociale, doit constituer **un nouveau droit** dans le cadre de la branche maladie de la Sécurité sociale, et non être individualisée

dans une 5^e branche, et ce, quel que soit l'âge de sa survenue. Enfin, la Sécurité sociale doit inclure la garantie d'un revenu de substitution en cas de perte d'emploi. Pour la CGT, la Sécurité sociale doit aller vers une Sécurité sociale professionnelle.

DÉFI N° 2 : Réorganiser le système de travail et de santé.

Transformation du système – donc de sa logique – est indispensable. Il faut d'abord se dégager d'une culture réparatrice, redistributive, compensatrice des dégâts accom-

plis par le travail pour s'engager dans des démarches de prévention d'éducation et de promotion du travail et de la santé. Pour la CGT, il importe d'affirmer fortement les

liens entre les enjeux du travail et de la santé, intégrant Sécurité sociale et sécurité sociale professionnelle.

DÉFI N° 3 : Rembourser tout ce qui contribue aux soins

Il y a de très grandes inégalités de prise en charge des soins : autour de 90 % en moyenne pour l'hospitalisation, 70 % pour les généralistes ou les médicaments, un peu plus de 30 % pour les dentistes, moins de 5 % pour les lunettes... Certaines dépenses ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie. Ce non-remboursement est parfois justifié, mais il doit reposer sur des règles claires et compréhensibles. Les dépassements d'honoraires ne sont pas remboursés : et pour cause, ils ne devraient pas exister.

Qui décide de ce qui doit être remboursé ? Voilà une question essentielle. Aujourd'hui l'estimation du « service médical rendu » – dont dépend l'autorisation de mise sur le marché d'un médicament – et de son niveau de remboursement relève de la technocratie de la Cnam et de la Haute autorité de santé. La CGT estime que cette estimation devrait revenir à l'émanation des assurés sociaux eux-mêmes :

le conseil d'administration de la Cnam.

Comment décider de ce qui est remboursable et de ce qui ne l'est pas ? Le périmètre de ce qui est remboursable doit être établi selon des règles transparentes. Le CA de la Cnam devra alors faire le départ entre le nécessaire et le superflu, excluant par exemple des remboursements les montures onéreuses ou certains verres dont les caractéristiques, très coûteuses, ne se justifient pas médicalement.

Comment établir le taux de remboursement ? Alors que l'assurance maladie rembourse mal une partie des soins, la CGT estime que tout ce qui permet de soigner devrait être remboursé. Le « ticket modérateur » existait avant 1945, et visait déjà à « éviter la surconsommation médicale ». En réalité, il est devenu une « franchise » pour les assurances. Il n'y a pas lieu de faire peser de soupçons sur les assurés et sur les médecins. Dès lors qu'ils

sont prescrits et efficaces, la CGT se prononce pour leur remboursement à 100 %. Cela vaut y compris pour le dentaire, l'optique et l'auditif. En revanche, les médicaments inutiles n'ont aucune raison d'être remboursés par la Sécurité sociale.

Pourquoi la Sécu, plutôt que les complémentaires ? Quand Emmanuel Macron exige des complémentaires santé (assurances et mutuelles) qu'elles remboursent à 100 % l'auditif, l'optique et le dentaire, nous rétorquons que cela devrait être à la charge de la Sécurité sociale. Cette injonction aux complémentaires aura pour seule conséquence l'augmentation de leurs cotisations. En outre, le 100 % ne serait garanti que pour des équipements standards relativement bas de gamme, les assurés sociaux ayant la possibilité d'opter pour des équipements plus coûteux mais non pris en charge à 100 %.

DÉFI N° 4 : Dégager les ressources nécessaires en réformant le financement

Une prise en charge par l'assurance maladie du dentaire, de l'optique et de l'audition au même niveau que les autres soins aurait bien sûr un coût pour cette dernière, d'autant qu'un certain nombre de patients qui renoncent aujourd'hui à se soigner y auraient recours. L'exemple de l'audition en est un bon exemple : de très nombreux patients renoncent à acquérir une prothèse auditive qui coûte environ 1 500 € l'unité et dont environ les 2/3 restent à leur charge après l'intervention de leur mutuelle. Cette réforme générerait des gains d'efficacité, qui permettraient d'éliminer des dépenses inutiles. L'exemple du régime local d'Alsace-Moselle, qui comporte une complémentaire obligatoire permettant un taux de remboursement de 90 % des soins courants et 100 % sur l'hospitalisation (y compris le forfait hospitalier) montre que ce coût pourrait être relativement limité. Au total, une telle réforme se traduirait par une augmentation des cotisations d'as-

L'irrésistible ascension du reste à charge

2 000 € : c'est, en moyenne, le reste à charge payé par an par les 10 % qui le supportent le plus.

3 % : c'est entre 2002 et 2013, le taux d'augmentation du RAC pour les

ménages qui ne sont pas en ALD (soit 80 % de la population).

700 € par an : C'est en moyenne le reste à charge des personnes de plus de 70 ans, qu'elles soient ou non en ALD.

76 % : c'est la part – stable – des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie. Affiché par les statistiques officielles, ce chiffre est trompeur, et même tronqué. Il ne prend pas en compte la croissance de la part des dépenses relevant du régime des affections longue durée (ALD), prises en charge à 100 % par la Sécu.

100 € par mois : c'est le montant que dépense en moyenne un retraité modeste pour sa mutuelle. L'assurance maladie rembourse particulièrement mal l'optique, le dentaire et l'audition. L'essentiel des dépenses est financé, soit par les assurances complémentaires, soit directement par les ménages concernés. De nombreux assurés renoncent à effectuer les soins dentaires nécessaires ou à acquérir un appareil auditif.

surance-maladie qui serait sans doute comprise entre 1 et 2 points de cotisation. Ce coût n'est pas négligeable, mais n'est pas non plus hors d'atteinte. Cela renforce la nécessité d'une réforme du mode de financement des cotisations employeurs. Cette mesure pourrait être financée par l'institution d'une contribution patronale sur les intérêts et dividendes. Du fait du changement de périmètre de prise en charge, cette hausse serait compensée par la baisse des cotisations des complémentaires santé.

En tout état de cause, ce sont les richesses produites par les salariés qui doivent financer par le biais de la cotisation notre protection sociale. C'est la condition pour préserver un système solidaire.

DÉFI N° 5 : Redéfinir le rôle des complémentaires

Une telle réforme impliquerait de redéfinir le rôle de la protection sociale complémentaire (mutuelles et institutions de prévoyance), qui devrait se recentrer sur la prévention et la prévoyance lourde. Allongement des délais de traitement des dossiers, fermeture des guichets, fin des services de proximité... des milliers de postes ont été supprimés à la Sécurité sociale ces dernières années. On pourrait former les salariés des complémentaires et les faire intégrer la Sécurité sociale, la replaçant dans sa dimension de service public au service de l'utilisateur. Pour ce faire, la mutualité pourrait s'appuyer sur son très important réseau – 2 600 établissements – de services de soins et d'accompagnement : hôpitaux, cliniques, centres de santé, centres d'optique et d'audition, Ehpad... Le mouvement mutualiste pourrait aussi aider à développer la coopération et la mise en réseau des différents acteurs du système de santé.



CONCLUSION

Catherine Perret

membre du bureau confédéral

Les réformes du gouvernement actuel attaquent les fondements des principes de solidarité de la Sécurité sociale, soit en la fragilisant par les exonérations successives de cotisations, soit par la remise en cause de l'accès aux droits pour tous (ainsi en est-il de la réforme par points pour la retraite). Or, la Sécurité sociale est le fruit d'un rapport de force imposé par le ministre des Travailleurs Ambroise Croizat et a été mise en œuvre par des milliers de militants CGT, qui ont installé les premières caisses. Ce conquies social arraché a toujours été remis en cause par le patronat. C'est d'ailleurs dans une France à reconstruire qu'elle se met en place: comment croire que nous n'en aurions plus les moyens actuellement, alors que les dividendes des grandes entreprises explosent!?

En fait, c'est bien une invention des travailleurs pour les travailleurs contre le patronat: c'est en effet reconnaître que ce sont les travailleurs qui créent les richesses et qu'une partie est socialisée dans une dimension de solidarité intergénérationnelle pour protéger chacun contre les risques et aléas de la vie. Cette belle œuvre doit donc au contraire être renforcée et améliorée pour répondre aux enjeux d'aujourd'hui, et donc étendue aux questions liées au chômage et à l'autonomie par exemple. La CGT met en débat l'extension du périmètre de la Sécurité sociale vers une Sécurité sociale intégrale. Ce guide nous livre les outils pour entamer ces échanges avec nos collègues de travail.

Alors à vous d'agir pour le progrès social et le droit à plus de couverture sociale!

Production des collectifs CGT « Protection sociale » et « Politique de santé, offre de soins »
avec la participation d'Elsa Dupré
Conception-réalisation : espace information communication de la CGT
Impression SLC
19 novembre 2018

