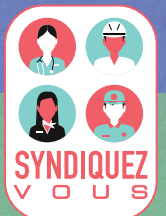


POUR UNE SÉCURITÉ SOCIALE DU 21^E SIÈCLE : ENJEUX ET PROPOSITIONS



édition
- 2020 -



Notre Sécu, symbole de solidarité et de modernité

Philippe Martinez, secrétaire général de la CGT

La Sécurité sociale, ses objectifs, ses principes, est le symbole 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 toute idée de partage des richesses et société solidaire. La santé et la retraite aiguisent les appétits de la finance. On tend à passer « de la carte Vitale à la carte bleue ». 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 davantage de la charité que de la solidarité.

Mais notre système de protection sociale, même fragilisé, a su montrer son efficacité pour amortir les conséquences de la crise sanitaire. Il suffit de regarder la situation aux États-Unis pour en mesurer les retombées. Cependant, nous en avons aussi mesuré les limites.

Pour répondre concrètement au vœu « plus jamais ça » partagé par tous au cœur de la pandémie, la CGT s'est engagée à partager nos propositions plus largement pour donner corps au progrès social et environnemental.

Dans cette mobilisation pour une autre conception de la société, l'égalité des droits en matière de protection sociale prend toute sa place, avec la proposition de mise en place d'une Sécurité sociale intégrale, un 100 % Sécu, avec un seul collecteur et un seul payeur. Pour la CGT, le progrès social passe par la reconquête d'une Sécurité sociale du XXI^e siècle, qui renforce les droits existants et qui en intègre de nouveaux, comme la prise en charge de l'autonomie dans la branche maladie. Je pense aussi à notre proposition de revenu de substitution en cas de perte d'emploi ou à la sécurité sociale professionnelle.

Aussi, pour garantir une protection sociale de haut niveau pour tous, il ne faut pas s'attaquer aux dépenses. Car la santé ne peut pas être considérée comme un coût. C'est bien vers les recettes qu'il faut se tourner, en mettant fin aux trop nombreuses exonérations de cotisations dont bénéficient les entreprises, notamment les plus grosses. De plus, nous revendiquons une Sécurité sociale qui redevienne « propriété de ses cotisants » par le biais d'élections de leurs représentants, garants d'un fonctionnement pluraliste et démocratique. Voilà un projet ambitieux et moderne, qui répond aux besoins des personnes quels que soient leur âge ou leur situation. Un projet symbole d'une CGT visionnaire et force de propositions pour construire le monde d'après.

SOM MAI RE

Édito : Notre Sécu, symbole de solidarité et de modernité	2
I/ DE 1945 À AUJOURD’HUI : LA SÉCU, UN PROJET DE PROGRÈS SOCIAL DE LA CGT.....	4
<i>Repères historiques</i>	5
<i>La sécurité sociale intégrale : le projet CGT</i>	7
II/ PLAN DE RECONQUÊTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	8
PÔLE 1 : UN ACCÈS À LA SANTÉ ET À L’ACCOMPAGNEMENT AUX SOINS POUR TOUS !	9
Fiche 1 : Un remboursement à 100 % des soins	10
Fiche 2 : Réorganiser le système de santé.....	13
Fiche 3 : Prix du médicament : une bataille de classe	17
Fiche 4 : Maisons ou centres de santé ?.....	21
Fiche 5 : Télémédecine : Docteur Jeckyll et M. Hyde.....	24
Fiche 6 : Instituer un droit à l’autonomie	26
Fiche 7 : le handicap	29
PÔLE 2 : INVESTIR DANS L’AVENIR GRÂCE À DES POLITIQUES FAMILIALES AMBITIEUSES	31
Fiche 8 : Politiques familiales : investir pour l’avenir.....	32
PÔLE 3 : POUR UN SYSTÈME DE RETRAITE SOLIDAIRE ET SÛR	35
Fiche 9 : La retraite à 60 ans, et à 75 % du revenu d’activité	36
Fiche 10 : Des retraites de moins en moins complémentaires	39
Fiche 11 : Des régimes pas si spéciaux	41
PÔLE 4 : POUR UNE SÉCURITÉ SOCIALE DU XXI^E SIÈCLE	43
Fiche 12 : Travail et santé, indissociablement liés	44
Fiche 13 : Assurance chômage	46
Fiche 14 : Un engagement de toute la CGT sur le champ complémentaire.....	48
III / UN FINANCEMENT À LA HAUTEUR DE NOS AMBITIONS ET POUR UNE VRAIE DÉMOCRATIE SOCIALE	50
Fiche 15 : La CSG : de la cotisation à l’impôt injuste	51
Fiche 16 : Quel financement de la solidarité ?	53
Fiche 17 : Des frais de gestions diminuées	57
Fiche 18 : Démocratie sociale.....	58
CONCLUSIONS	59

**I/
De 1945
à aujourd'hui :
la Sécu,
un projet
de progrès
social
de la CGT**

REPÈRES HISTORIQUES

Notre système de Sécurité sociale est le fruit d'affrontements de classes caractérisés par les luttes sociales et politiques dans lesquelles la CGT a été une actrice incontournable.

S'il est évident que la Sécurité sociale ne pouvait s'établir sans tenir compte de l'existant, sa conception, fondamentalement différente, a profondément bouleversé l'approche du problème de la protection sociale.

UNE ŒUVRE OUVRIÈRE

Si l'idée d'une protection sociale des travailleurs et de leurs familles émerge après 1789, c'est avec la Révolution industrielle que les aspirations se sont transformées en nécessités vitales. Jusqu'alors, sans travail, pas de revenu. Le seul « soutien » pour les invalides, blessés, malades ou personnes âgées était assuré par les œuvres de charité de l'Église. À la charité aléatoire se substituent peu à peu des dispositifs de solidarité organisés par les ouvriers eux-mêmes. C'est grâce à la prise de conscience de ses intérêts communs que la classe ouvrière va commencer à s'organiser et opter pour la solidarité afin de répondre aux besoins de protections des travailleurs et leurs familles. Par la lutte, elle va ériger les premiers dispositifs de protection sociale.

Ainsi, dans la première moitié du XIX^e siècle, les créations de mutuelles se multiplient et dispensent une couverture des risques. Dans le même temps, le droit à une retraite en fonction du salaire est reconnu aux fonctionnaires, aux mineurs, aux cheminots. Ce sont les « régimes pionniers », comme l'explique Michel Pigenet, professeur d'histoire contemporaine, spécialiste du travail et des mouvements sociaux. Inquiets de ce qui prend forme, les patrons des grandes entreprises, qui se heurtent aussi à la naissance du syndicalisme (la CGT est créée en 1895), développent leurs propres œuvres sociales dans le cadre du « patronage », avec la perspective d'intégrer les travailleurs aux logiques et aux impératifs du capitalisme.

MISE EN PLACE D'UNE PROTECTION SOCIALE ASSURANTIELLE

La loi de 1910 institue les premières retraites ouvrières et payannes obligatoires. Ce système, théoriquement obligatoire, fondé sur le principe de capitalisation, ne garantit que de faibles prestations. Il est d'ailleurs combattu par la CGT qui le nomme « *retraite des morts* » car il n'ouvre droit à une pension qu'à partir de 65 ans.

La loi de 1928 instaure le système d'assurances sociales, mais celle-ci sera empêchée d'application par les patrons jusqu'en 1930 ! Ces assurances organisent une couverture pour la maladie, la maternité, l'invalidité, la vieillesse et le décès. Seuls les salariés dont le salaire est inférieur à un plafond sont reconnus comme assurés.

Dans le domaine de la famille, certains patrons, adeptes de la doctrine sociale de l'Église, seront à l'origine des allocations familiales. Dès 1880, quelques entreprises, ainsi que la fonction publique, versent des suppléments familiaux. Les lois de 1932 et 1938 généraliseront cette politique familiale et prendront un caractère général dont l'objectif est d'impacter le taux de natalité. Quelques années plus tard, le gouvernement de Vichy les utilisera pour renvoyer les femmes au foyer.

Si, au début des années 1940, un système de protection sociale est en place, celui-ci n'est ni obligatoire, ni général, mais assurantiel.

NAISSANCE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

C'est dans les combats contre l'occupant nazi et les tenants de la collaboration que s'élabore en France l'idée d'un changement novateur des mécanismes de protection sociale. L'exigence de progrès sociaux et démocratiques allant de pair avec la volonté d'indépendance nationale, le programme du Conseil national de la Résistance (CNR) reflète un consensus forgé dans la lutte, par la Résistance, autour de la Nation et de la République. Ainsi, en 1943, le CNR élabore des mesures à mettre en œuvre à

la Libération. Intitulé « Les jours heureux », le texte, véritable déclaration de droits nouveaux, servira de feuille de route pour mettre en place de grandes réformes dont « *un plan complet de Sécurité sociale visant à assurer à tous les citoyens des moyens d'existence dans tous les cas où ils sont incapables de se les procurer par le travail, avec gestion appartenant aux représentants des intéressés et de l'État* ». La philosophie du projet était de « *vivre sans l'angoisse du lendemain, de la maladie ou de l'accident de travail, en cotisant selon ses moyens et en recevant selon ses besoins* ».

À l'Assemblée consultative provisoire, Ambroise Croizat, secrétaire général de la fédération CGT des Métaux et député du PCF, préside la commission du travail à l'origine des deux ordonnances fondatrices. C'est George Buisson, secrétaire de la CGT, qui présente le « Rapport pour avis » en juillet 1945 à l'Assemblée nationale. En octobre de la même année, le plan de la Sécurité sociale est adopté. Mais le combat n'est pas encore gagné, il ne fait que commencer.

LE POIDS DE LA CGT DANS LA MISE EN PLACE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Avec la Sécurité sociale, la protection sociale devient un droit fondamental et non plus un mécanisme d'assurance pour couvrir un risque. Son financement repose sur les cotisations des salariés et les caisses seront gérées par les travailleurs par l'intermédiaire de leurs syndicats.

Cette transformation fondamentale du système de protection sociale est tout de suite combattue. Pour le syndicat patronal, rebaptisé Conseil national du patronat français (CNPF), la Sécurité sociale met en danger l'économie du pays. Il veut surtout en écarter les accidents du travail et les maladies professionnelles. Les compagnies d'assurances, qui ont beaucoup à y perdre, sont aussi à l'offensive.

Aussi, les défenseurs les plus actifs du nouveau plan de sécurité sociale seront sans nul doute les militants de la CGT. Aux côtés d'Ambroise Croizat et George Buisson, ils s'ef-

forceront de mettre en place les premières caisses primaires dans des territoires.

Conçue initialement comme un système unique et unifiant destiné à l'ensemble de la population, la Sécurité sociale peine toutefois à prendre en compte les professions indépendantes et du monde agricoles, qui s'y opposent.

De plus, les régimes dits « spéciaux » (Mines, fonctionnaires...) conserveront leur autonomie. Pour le dirigeant syndical Henri Raynaud, « *le problème de la rentrée des fonctionnaires dans la Sécurité sociale se pose très simplement. Il s'agit d'accorder aux fonctionnaires les avantages de la Sécurité sociale dont ils étaient privés sans leur retirer aucun des avantages de leur statut. C'est net et sans bavure. Aucun des avantages acquis n'est ni ne peut être menacé* », explique-t-il lors du discours d'ouverture du CCN de janvier 1947.

Le 24 avril 1947, lors des premières élections aux conseils d'administration des caisses de Sécurité sociale et d'allocations familiales, près de trois salariés sur quatre votent. La CGT est prédominante dans 109 des 124 caisses de Sécurité et dans 101 des 111 CAF.

Cette victoire sans appel n'arrêtera pas le patronat. Pour lui, le

système est trop coûteux pour les entreprises, inadapté à l'évolution démographique, attentatoire aux libertés individuelles... Depuis la création de la Sécurité sociale, il multipliera les offensives et, petit à petit, gagnera du terrain en se désengageant du financement, avec la bénédiction du milieu assurantiel et le soutien des gouvernements qui font des choix de politiques libérales.

OBJET DE LUTTE

Parce que « *le patronat ne désarme jamais* » (Ambroise Croizat), au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, la défense de la Sécurité sociale a fait l'objet de nombreuses luttes.

La première grande victoire patronale a lieu en août 1967, avec le démantèlement du régime général de la Sécurité sociale, en la création de trois caisses distinctes (maladie, vieillesse, famille) bénéficiant de ressources propres. L'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale fait figure d'organisme unifiant en assurant la gestion de la trésorerie des trois organismes. De plus, la réforme de 1967 a supprimé les élections aux conseils d'administration et a introduit le paritarisme. L'organisation patro-

nale dispose alors de la moitié des sièges, les 50 % restants étant partagés entre les organisations syndicales représentatives des salariés. L'élection démocratique des administrateurs est aussi supprimée pour laisser place à la désignation.

Ce recul premier est le point de départ d'une longue contre-offensive méthodique et acharnée contre les droits à la Sécurité sociale, avec pour fil rouge la remise en question de son financement par la cotisation à travers les exonérations des cotisations massives et le financement par l'impôt, avec l'introduction en 1991 de la contribution sociale généralisée (CSG).

À cela s'ajoute la bataille pour une diminution des prestations, à travers la mise en place des lois de financements de la Sécurité sociale. Celles-ci s'inscrivent dans une logique d'adaptations des prestations aux financements et non aux besoins (réforme de 1996 – Plan Juppé).

Malgré les remises en question régulières de la part de nos gouvernants sous l'impulsion du patronat, une fois encore la Sécurité sociale a montré son rôle capital d'amortisseur social durant la crise sanitaire, économique et sociale.

ARCHITECTURE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AU 1^{ER} SEPTEMBRE 2020

Branche maladie (maternité, invalidité, décès) Commission AT/MP	Branche Famille	Branche Vieillesse	Recouvrement (Recettes et financement)
Niveau national Cnam Caisse nationale d'assurance maladie	Niveau national Cnaf Caisse nationale d'allocations familiales	Niveau national Cnav Caisse nationale d'assurance vieillesse	Niveau national Acosse Agence centrale des organismes de sécurité sociale
Niveau départemental CPAM caisse primaire d'assurance maladie	Niveau départemental CAF caisse d'allocations familiales	Niveau régional Carsat caisse d'assurance retraite et de santé au travail	Niveau régional Urssaf unions de recouvrement des cotisations de Sécurité sociale et d'allocations familiales

LA SÉCURITÉ SOCIALE INTÉGRALE : LE PROJET CGT

Parce que face aux attaques et aux reculs successifs, la résistance ne peut suffire, la CGT s'engage résolument à redynamiser le système, pour le développer et le porter au niveau des exigences et des besoins actuels. Ainsi, pour la CGT, la Sécurité sociale doit être aussi professionnelle, c'est-à-dire protectrice de tous les moments de la vie, ce qui impose un financement solidaire et une autre répartition des richesses.

La cotisation sociale doit être remise au cœur du financement géré par les travailleurs et travailleuses, selon le principe : « *Cotiser selon ses moyens et recevoir selon ses besoins.* » Elle s'appuie sur les principes fondateurs de la Sécu que sont la solidarité et l'universalité, et vise, à partir de ces principes, à répondre aux besoins des personnes quels que soient leur âge ou leur situation professionnelle et, bien entendu, en intégrant de nouveaux besoins non encore couverts. Concernant les régimes spéciaux issus du secteur public ou assimilé, la CGT exige leur maintien et leur renforcement. Il s'agit d'imaginer la Sécurité sociale du XXI^e siècle. La CGT décide d'engager la bataille revendicative pour conquérir une Sécurité sociale intégrale, un 100 % Sécu, sur la base du salaire socialisé. Cette Sécurité sociale intégrale doit être fondée sur le principe d'un système simplifié, clair et accessible. C'est pourquoi la Sécurité sociale doit devenir interlocutrice, collectrice et payeuse unique. Elle doit être autonome grâce au retour des élections des administrateurs de la Sécurité sociale par les assurés sociaux et grâce à un budget décidé exclusivement par les salariés. Pour cela, nous devons transformer la CSG en cotisations sociales, renforcer le financement de la Sécurité sociale en créant une contribution sociale sur tous les revenus financiers (dividendes, intérêts). Il faut supprimer la journée de travail gratuite, les exonérations de cotisations sociales et augmenter les cotisations patronales. Ces propositions 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, selon ses besoins, à tous les événements ou aléas de la vie, quel que soit son statut d'emploi, sa durée de cotisation... Nous devons défendre l'unité, l'universalité, l'indépendance de la Sécurité sociale.

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.

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. C'est l'objet de la campagne confédérale pour partager au maximum les propositions CGT et les enrichir à partir de l'expérience et des besoins de chacun.



IV/ Plan de reconquête de la Sécurité sociale

Un accès à la santé et à l'accompagnement aux soins pour tous !

Avec le « reste à charge zéro » (« RAC zéro ») pour les soins dentaires, auditifs et optiques, mis en place par l'ancienne ministre de la Santé, Agnès Buzyn, 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. Cette mesure a eu pour conséquence l'augmentation des cotisations mutuelles de 5 % en 2018. Concédonc un point au gouvernement : il vaut mieux avoir des lunettes, même *low cost*, que pas de lunettes du tout. Mais posons tout de même la question de la qualité. Cette mesure ne remet pas en question les accords passés avec les professionnels de santé qui, s'ils leur imposent de proposer une gamme « RAC zéro », les laissent 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 euros. On la retrouve à un prix allant de 1 200 à 1 500 euros chez l'audioprothésiste. De même, les chirurgies dentaires peuvent, en fonction des praticiens, 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 est nécessaire d'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. Nous sommes bien là dans une logique libérale de protection sociale, avec un système qui assure un minimum de prise en charge pour les plus démunis et d'assurance privée pour le reste de la population. Ce genre de système va à l'opposé de la philosophie de la Sécurité sociale lors de sa création en 1945 et du « 100 % Sécu » porté par la CGT. Cette bataille est l'affaire de tous. Les représentants des salariés dans les CPAM et les militants doivent s'en saisir pour affirmer que ce n'est pas notre conception de la Sécurité sociale. Ce système aboutit à une médecine à plusieurs vitesses, où les pauvres sont soignés dans des conditions à moindre coût pendant que certains professionnels gonflent leurs 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 solvabilité du marché. C'est la Sécu qui leur permet d'exister, ils lui doivent en retour, respecter des règles, être payés pour leur travail et non pour une quelconque âpreté au gain.

Fiche 1

Un remboursement à 100 % des soins

UN RESTE À CHARGE ENCORE TROP ÉLEVÉ

D'après les comptes de la santé portant sur l'année 2018, le reste à charge (RAC), c'est-à-dire la part des dépenses de santé que financent les ménages sur leur propre budget, s'établirait à 7 %, contre 9,2 % en 2009.

Si le gouvernement se félicite de cette baisse, cette approche est contestable. Car le reste à charge des ménages ne comprend pas seulement ce qu'ils payent de

leur poche, mais également les cotisations qu'ils versent aux organismes de protection sociale complémentaire. De plus, cette baisse apparente masque le fait qu'une partie des patients – ceux atteints d'une ou de plusieurs maladies longues et coûteuses – voient leurs dépenses prises en charge à 100 %. En 2017, 10,7 millions de personnes affiliées au régime général de l'assurance maladie bénéficient de ce dispositif des affections de longue durée (ALD), soit 17 % des assurés. Pour

ceux qui n'en bénéficient pas, le reste à charge est beaucoup plus important. Il est en réalité de 20 % en moyenne, avec de fortes disparités selon les soins. Il est de 6 % pour des soins à l'hôpital public contre 96 % pour l'optique.

Pour la CGT, le reste à charge correspond à ce qui est acquitté directement par les ménages, mais aussi aux cotisations des complémentaires. Il s'applique ainsi à tout ce qui n'est pas pris en charge par notre Sécurité sociale solidaire.

LE FINANCEMENT DES SOINS

	Sécurité sociale	État-CMU-C org. de base	Organismes complémentaires	Ménages	Reste à charge des ménages (complémentaires+ménages)
Ensemble CSBM	78,1	1,5	13,4	7	20,4
Soins hospitaliers	91,7	1,2	5,2	1,9	7,1
Soins de ville hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports sanitaires.	65,8	2,2	21,6	10,5	32,1
Médicaments	73,5	1,5	12,5	12,6	25,1
Autres biens médicaux (y compris optique)	44,6	1	38,8	15,6	54,4
Transports sanitaires	93	0,9	3,6	2,5	6,1

Lecture : En 2018, la Sécurité sociale finance 78,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le champ des médicaments, la Sécurité sociale finance 73,5 % des dépenses.

Source : Drees, comptes de la santé.

DÉCOMPOSITION DE LA CSBM (CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX) PAR TYPE DE DÉPENSES EN 2018 (en milliards d'euros)

	Dépense de base remboursée (Sécurité sociale, État, org. de base en charge de la CMU-C) (1)	Ticket modérateur, et franchises (2)	Dépense reconnue (3) = (1)+(2)	Dépassements (4)	Dépense présentée au remboursement (5) = (3)+(4)	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (6)	CSBM (7)=(5)+(6)
Soins hospitaliers	87,8	5,2	92,9	1	94	0,5	94,5
Soins hospitaliers - Sect. public	68,5	4,4	73	0	73	0	73
Soins hospitaliers - Sect. privé	19,2	0,7	20	1	21	0,5	21,5
Soins de ville	37,4	7,4	44,8	7,3	52,1	2,9	55
Soins de médecins	15,1	3,5	18,6	2,2	20,8	0,4	21,2
Soins d'auxiliaires médicaux Soins de dentistes	4,3	0,7	5	5	10	1,5	11,4
Contrats et autres soins	1,6	0	1,6	0	1,6	0	1,6
Laboratoires d'analyses	3,2	1,2	4,4	0	4,4	0	4,4
Transports sanitaires	4,8	0,2	5	0	5	0,1	5,1
Médicaments	24,5	4,8	29,3	0	29,3	3,4	32,7
Autres biens médicaux (Y compris optique)	7,4	0,7	8,1	7,6	15,6	0,5	16,1
CSBM	161,8	18,3	180,1	15,9	196	7,4	203,5

Lecture : En 2018, la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement s'élève à 7,4 milliards d'euros, dont 3,4 milliards d'euros pour le poste des médicaments.

Source : Drees, comptes de la santé.

LE TICKET MODÉRATEUR

Le ticket modérateur existait avant la création de la Sécurité sociale. Calculé sur la base du tarif opposable de la Sécurité sociale (hors dépassements), il est censé modérer la consommation médicale. Par exemple, il est de 30 % pour une consultation de généraliste. Ainsi, une consultation de 25 euros ne sera remboursée à l'assuré qu'à hauteur de 70 % par la Sécurité sociale, soit 17,50 euros. Les franchises sont retenues sur le remboursement de la Sécurité sociale, par exemple le forfait d'un euro. La somme de la dépense remboursée et du ticket modérateur s'appelle dépense reconnue : elle correspond au tarif opposable

de la Sécurité sociale, c'est-à-dire au tarif sur la base duquel la Sécurité sociale rembourse l'assuré. Par exemple, pour une consultation de généraliste, la Sécurité sociale remboursera l'assuré sur la base de 25 euros, même si le médecin a facturé la consultation 30 euros. La dépense présentée au remboursement tient compte des dépassements. Enfin, certaines dépenses ne sont pas remboursables, car elles ne font pas partie de la nomenclature des actes reconnus par la Sécurité sociale. C'est le cas de certains examens, ou encore de l'homéopathie. Notons que certains soins dentaires ne figurent pas sur la nomenclature des actes de la Sécurité sociale, donc ne sont pas

remboursables, par exemple les implants dentaires ou l'orthodontie. Si on les ajoute à la dépense présentée au remboursement, on obtient la CSBM qui correspond à l'ensemble des dépenses de santé (hors indemnités journalières et certaines dépenses comme les frais d'hébergement lors d'une hospitalisation).

LES BESOINS DE FINANCEMENT POUR UN REMBOURSEMENT À 100 % DES SOINS DE SANTÉ

Une analyse des comptes de santé permet de fournir une fourchette d'estimation des ressources que la Sécurité sociale devrait dégager pour permettre un remboursement à 100 % de la dépense rem-

boursable. Le ticket modérateur et les franchises (soit 18,3 milliards d'euros en 2018) devraient être intégralement remboursés. Se pose toutefois la question de l'optique, qui aujourd'hui n'est quasiment pas prise en charge par la Sécurité sociale, ce qui explique en grande partie le niveau élevé du poste « autres biens médicaux » (il y a aussi l'audition, mais dans une moindre mesure, et les prothèses dentaires). Pour ces derniers, se pose la question de savoir s'il faudrait rembourser n'importe quels verres, et n'importe quelle mon-

ture de lunettes. Il faut également souligner l'importance des dépassements sur les soins dentaires, qui représentent plus de 50 % de la rémunération des dentistes. Enfin, la dépense non remboursable n'a pas vocation à être remboursée, mais la nomenclature des actes pourrait être revisitée (en particulier en dentaire). Les dépassements d'honoraires n'auraient pas vocation à être pris en charge, mais le taux de remboursement de l'optique augmenterait fortement pour tendre vers 100 % (le taux de remboursement de la

Sécurité sociale est actuellement de 4 %), et certaines dépenses non remboursables le deviendraient (en dentaire notamment). Enfin, le taux de prise en charge des équipements médicaux augmenterait par rapport à son taux actuel (72 %). À ces sommes, il conviendrait d'ajouter les compléments d'indemnités journalières financées actuellement par les complémentaires, soit 5,2 milliards d'euros, et les frais d'hébergement en cas d'hospitalisation et frais annexes, également financés par les complémentaires, soit 1,7 milliard d'euros.

« UNE SÉCU À 100 % COMME UNIQUE ORGANISME COLLECTEUR ET PAYEUR »

Mireille Carrot

membre de la direction confédérale, aide-soignante en Ehpad

Notre système de santé a été l'un des meilleurs au monde – sinon le meilleur. Il a longtemps fait ses preuves et répondu en grande partie aux besoins de la population. Au fil des réformes de ces trente dernières années, la dégradation est considérable. Elle est palpable tant pour les usagers que les professionnels. La CGT n'a cessé de tirer la sonnette d'alarme et de se battre avec les personnels contre la politique qui était menée.

Il n'y a eu malheureusement aucune politique prévisionnelle d'adaptation et de prise en charge par la Sécu des nouveaux besoins et des nouvelles demandes liés à l'évolution des technologies.

Les difficultés d'accès aux soins se multiplient en raison, d'une part, de l'éloignement des structures, et d'autre part, de la fermeture de nombreux services, du manque de professionnels et du fait de l'allongement des délais de rendez-vous et de prise en charge. S'ajoute à cela le reste à charge, dont une grande partie de la population ne peut abonder – ou alors au prix de grands sacrifices.

Petit à petit, une médecine et des soins à plusieurs vitesses se mettent en place. Petit à petit, on en vient à se soigner selon

ses revenus et non en fonction de ses besoins. C'est une remise en cause fondamentale, sur le fond, de la notion qui a prévalu à la création de notre Sécurité sociale.

Sous prétexte d'efficience, des milliers de lits d'hôpitaux ont été fermés, les services d'urgences sont saturés et les déserts médicaux ne se résorbent pas, malgré certaines dispositions prises par le gouvernement. Quant aux personnels de la santé, ils sont épuisés. Mis en avant lors de la crise liée à l'épidémie de Covid-19, l'euphorie aura été de courte durée, avec un Ségur de la santé rempli de fausses illusions tant sur les salaires que sur les moyens mis en œuvre pour répondre aux besoins.

La lutte continue et notre réflexion aussi. Nous devons nous atteler à partager largement nos propositions d'une Sécu à 100 % comme unique organisme collecteur et payeur, avec des ressources provenant des richesses produites dans notre pays par le biais des cotisations sociales. Nous devons nous atteler à convaincre qu'une autre société est possible. Notre constance et notre combativité arriveront à faire la différence dans les prochaines années. Oui travaillons, militons pour le présent et pour l'avenir, notamment à partir de ce livret, pour gagner avec tous les militants et plus largement avec tous les salariés, les moyens de poursuivre l'œuvre de notre système de Sécurité sociale à partir des enjeux sociaux et économiques d'aujourd'hui.

Réorganiser le système de santé

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 4 000 diplômés par an, contre 8 000 au début des années 1980. L'annonce de la suppression du *numerus clausus* constitue un leurre, car la sélection ne se fera plus la première année mais au cours des années suivantes, pour finalement un nombre toujours aussi limité de places (pas plus de 9 000). 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, 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 faire leurs études.

Autre phénomène, l'augmentation du nombre de spécialistes exerçant en France. 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 à peine 50 000 et ils sont mal répartis sur le territoire. Pour suppléer au manque de médecins, une nouvelle profession, celle des infirmiers de pratique avancée (IPA) a été créée. L'urgence actuelle n'est pas de créer de nouveaux métiers mais bien de reconnaître à leur juste niveau les qualifications des infirmiers avec des grilles de rémunérations correspondantes dans le cadre d'un exercice pluriprofessionnel coordonné. C'est pourquoi la CGT refuse ces évolutions vers de nouveaux métiers « infirmiers » visant à pallier le problème de démographie médicale.

À ce titre, la CGT revendique la formation d'au moins 12 000 médecins par an. De plus, il est nécessaire de former proportionnellement 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.

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 – sauf ceux qui appliquent des dépassements d'honoraires. Cette situation limite l'accès aux soins, notamment pour les plus précaires. Les mesures « incitatives » proposées par les différents gouvernements depuis plus de vingt ans se sont avérées vaines. Les zones, déjà déficitaires à l'époque, le sont encore plus aujourd'hui ! Face à cette situation, la seule solution qui a montré son efficacité est de créer des postes de médecins salariés dans des structures d'exercice collectif dont la création doit être planifiée en fonction des besoins. En complément, comme cela a été fait pour les infirmiers depuis plusieurs années, le conventionnement par la Sécurité sociale des médecins qui souhaitent s'installer en libéral doit être conditionné à des indicateurs démographiques.

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 groupes pluriprofessionnels, et à être salariés – ou, en tout cas, à déléguer à un tiers la lourde gestion administrative de leur activité et de leur structure. C'est pour cela qu'il faut encourager le développement de centres de santé pluriprofessionnels, 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.

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, 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. C'est pourquoi 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 salariés ou, s'ils le désirent, sous une autre forme dont ils décident des critères entre eux.

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, par-

fois, 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, alors ministre de la Santé, a mis fin à l'obligation, pour les médecins, de faire des gardes. Résultat : la fréquentation des urgences hospitalières a explosé. Elle était de 22 millions de passages en 2019 contre 12 millions de passages en 2012.

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). Donc, par défaut, ils se présentent aux urgences. *Secundo*, 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 et se retrouvent dans des situations inextricables, sans pouvoir trouver un infirmier ou se procurer le matériel médical dont ils ont besoin. Ils reviennent donc aux urgences.

ORGANISATION AU NIVEAU TERRITORIAL

Pour répondre à cette situation, 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). De plus, Les médecins doivent avoir activité mixte, 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 généreraient l'offre de soin.

HÔPITAUX ET EHPAD : MAINTENIR LA SANTÉ EN DEHORS DU DOMAINE LUCRATIF

La mise en place de la Sécurité sociale, en 1945, a laissé perdre de nombreux éléments de l'ancien système : assurances complémentaires, médecine libérale, 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 au début 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 établissements avaient des médecins pour fondateurs, propriétaires et travailleurs, tant qu'elles coexistaient sans concurrence avec des structures publiques, personne n'y voyait d'inconvénient. Mais au tournant des années 1990, des investisseurs ont racheté ces cliniques – comptant bien entendu sur la rentabilité de ces capitaux investis. Apparaissent alors aux yeux de tous 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 ont des actionnaires qui domicilient leur siège dans un paradis fiscal et sont de véritables prédateurs. Par ailleurs, la crise du coronavirus a montré la cupidité des groupes gérant des Ehpads, qui s'apprêtaient à verser

des dividendes à leurs actionnaires plutôt que d'acheter du matériel de protection et embaucher du personnel.

Pour préserver l'offre de soins de ces dérives, 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. De plus, nous pourrions construire un grand service public de la santé et de l'action sociale reposant sur une articulation entre des établissements 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.

RENFORCER ET DÉVELOPPER LES HÔPITAUX DE PROXIMITÉ

La stratégie des libéraux consiste à ouvrir le marché de la santé au capital. Pour cela, ils s'attaquent à l'épine dorsale du système public de santé, c'est-à-dire 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 ! La nouvelle loi « Ma santé 2022 » prévoit de transformer entre 300 et 500 hôpitaux de proximité en structures réservées

aux personnes âgées sans aucun plateau technique. Les dernières maternités de proximité ferment pour concentrer les accouchements dans des énormes structures qui deviennent des « usines à bébé » de plus en plus éloignées. Les blocs opératoires sont fermés sous prétexte que leur faible activité porterait préjudice aux compétences des chirurgiens y exerçant. 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 ».

C'est pourquoi le maillage des hôpitaux de proximité doit être maintenu et développé et s'inscrire dans une logique d'aménagement du territoire. De plus, 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.

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 agences régionales de santé (ARS). 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 des ARS ne laisse quasiment 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 stopper ce processus et supprimer toutes les agences créées ces dernières années pour redonner la gestion de ces compétences à l'administration d'un véritable ministère de la Santé et de l'Action sociale. Dans ce cadre, nous pourrions rétablir les structures administratives déconcentrées de l'État dans les territoires, à l'image de ce qu'étaient les Ddass et les Drass. Des moyens et des pouvoirs décisionnels doivent être redonnés au niveau du territoire le plus pertinent, c'est-à-dire le département – la région ne restant qu'un niveau de coordination.

La création de 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 pourrait permettre de définir les besoins de la population du territoire et de faire des propositions en termes d'organisation et de moyens pour y répondre.

« CELA DOIT PASSER PAR LA CRÉATION D'UN PÔLE DE SANTÉ PUBLIC »

Manu Blanco,
secrétaire fédéral de la fédération des
Industries chimiques

Depuis au moins deux décennies, la CGT et la Fnic-CGT dénoncent les politiques menées pour les industries de santé. Depuis des années, nous alertons sur la mise à mal de la sécurité sanitaire et l'indépendance thérapeutique du pays. Nous n'avons eu de cesse d'interpeller les pouvoirs en place sur la casse des industries de santé de notre pays au profit de pays à bas coût de production. Résultat ? Le nombre de ruptures de stocks de médicaments augmente chaque année. On en comptait 44 en 2008, 540 en 2018, et 1 200 en 2019. Nous le disons depuis longtemps : si nous avons une épidémie, voire pire, une pandémie, le pays n'aurait pas les moyens d'y faire face. Nos cris d'alarme restaient sans réponse des pouvoirs en place, ceux d'aujourd'hui comme hier. Malheureusement nous avons raison, la pandémie liée à la Covid-19 en a fait la preuve : pas de masque, manque de respirateurs, manque d'anesthésiques, de matériel médical... Maintenant tout le monde en convient, même le monarque président : il est nécessaire de relocaliser pour regagner notre indépendance et notre sécurité sanitaire. Il faut maintenant et rapidement passer de la parole aux actes, mais pas n'importe comment – en tout cas pas en donnant des milliards aux laboratoires et en leur demandant d'être « gentils » et de relocaliser. Si l'État investit, cela doit passer par la création d'un pôle de santé public intégrant les industries de santé, avec une gouvernance démocratique regroupant tous les acteurs, soustrait à toute mainmise des laboratoires privés et de l'assurantiel. Le médicament n'est pas un bien marchand, les laboratoires ne doivent plus faire leur loi. 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. 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 « générique », ce volume de 15 % ne diminue pas. En effet, les nouveaux médicaments arrivant sur le marché, les *princeps*, sont fixés à prix exorbitant ! 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. La rente des labos se perpétue également par le biais d'une loi qui empêche de créer des génériques avant vingt ans de mise sur le marché de « l'original », ce qui pose la question de la légitimité de la propriété intellectuelle, et perpétue la rente des labos. Pour en finir avec la mainmise des laboratoires sur le prix des médicaments, il faudrait créer un organe complètement indépendant, à l'échelle européenne, qui en fixe le prix. Car aujourd'hui, les experts aux postes de décision sont toujours liés à des laboratoires. Rompre avec ce système nécessite de 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 victimes de cette escroquerie qui fait grimper inexorablement les tarifs des mutuelles. 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.

Prix du médicament : une bataille de classe

UNE PETITE HISTOIRE DU PRIX DU MÉDICAMENT

En France, les prix du médicament sont très loin du simple résultat de l'offre et de 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 médicaments. **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.

REMBOURSÉ ! ?

Le service médical rendu (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 trois 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.

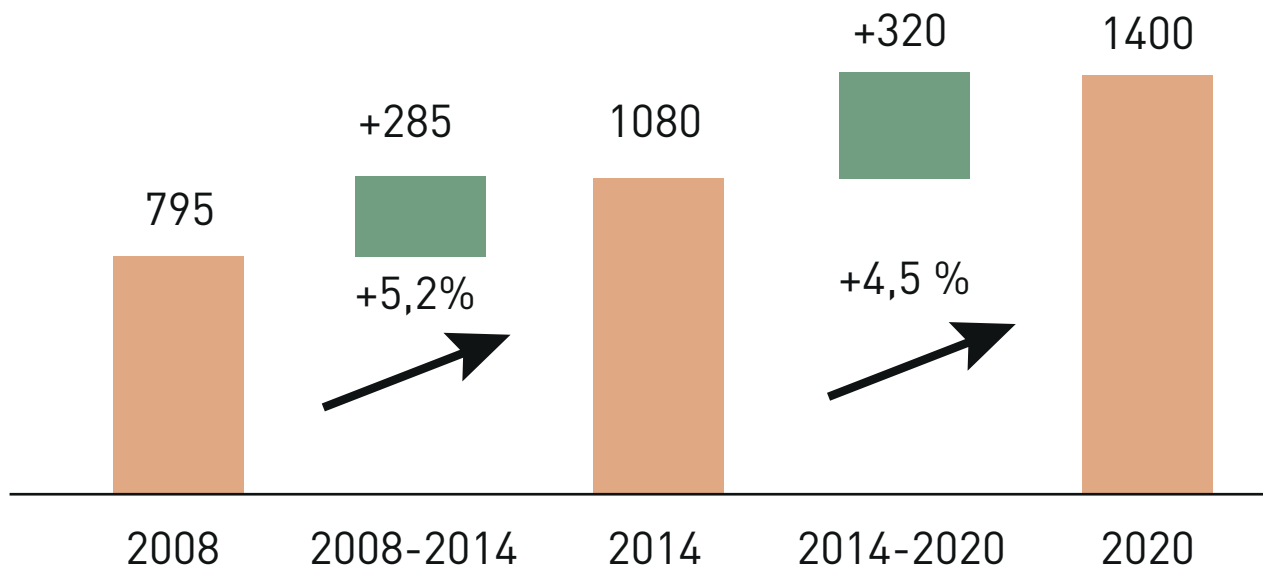
Bien que la HAS soit une institution indépendante, celle-ci manque de moyens, notamment en effectifs d'experts. Elle a donc recours à des experts extérieurs. Bien souvent, ces scientifiques entretiennent des liens étroits avec l'industrie pharmaceutique. On peut dire, et ce sans caricaturer, que pour 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.

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

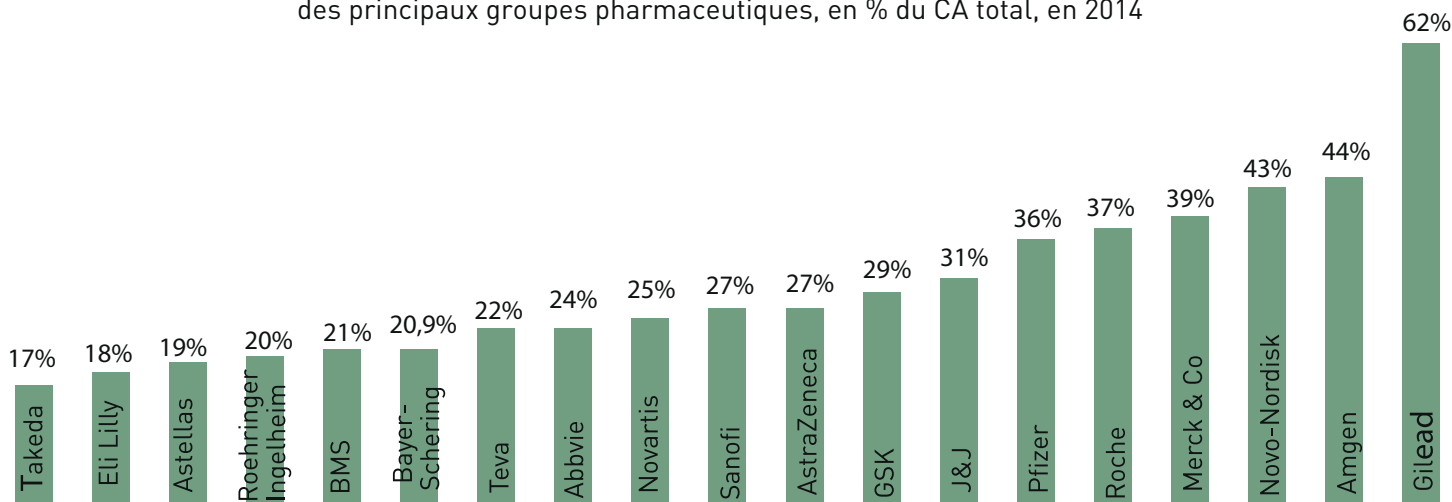
CHIFFRE D'AFFAIRES MONDIAL DEPUIS 2008 ET PERSPECTIVES 2020

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



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.

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 un *leitmotiv* pour les 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 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 correspondant 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...

L'ÉTAT PLOIE DEVANT LES JÉRÉMIADES DES LABORATOIRES

Avec l'accumulation des scandales (Mediator, Levothyrox, Androcure),

le gouvernement annonce 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 plus qu'il n'existe pas de contrôle après l'autorisation de mise sur le marché des médicaments...

Le LEEM justifie la prétendue difficulté à la compétitivité des industries par la pression fiscale française, qui pèserait sur 54 % des résultats. « *La plus importante en Europe* », d'après eux. Cette étude a été présentée lors d'une réunion paritaire. Sous pression du syndicat CGT, l'expert a fini par avouer 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. De même, lorsque la CGT a 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.

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, l'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 s'en convaincre, 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 euros. Après négociation avec le CEPS, ce chiffre descend à 46 000 euros, pour un traitement de huit semaines. Soit 25 000 euros de marge pour le laboratoire. En Inde, le même traitement est commercialisé à 2 000 euros. Preuve que les prix varient fortement en fonction des capacités des populations et de leurs systèmes de sécurité sociale à payer.

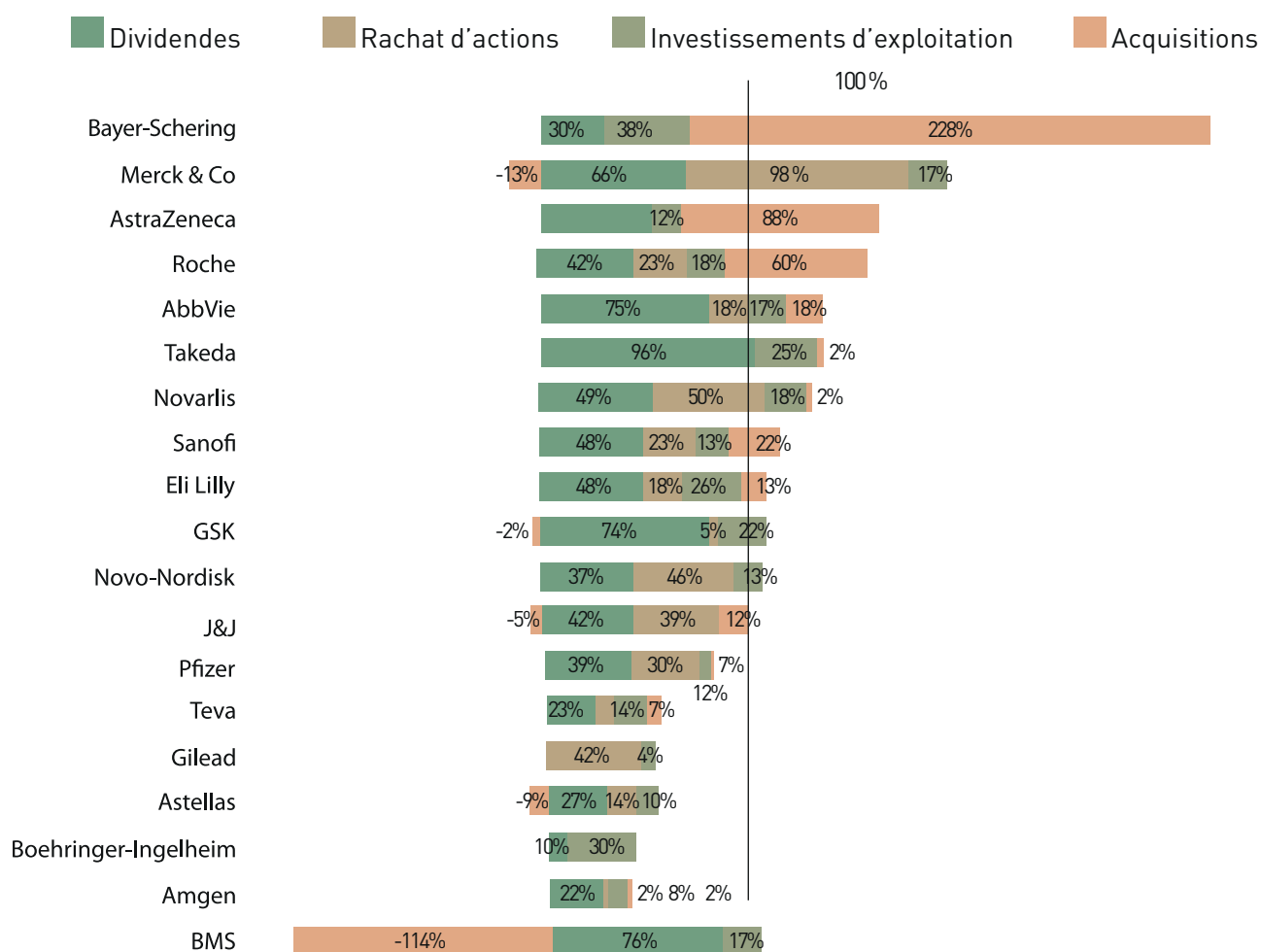
TAXER LES LABOS POUR GARDER LA SÉCU À FLOTS

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

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



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 (Voir graphique ci-dessous).

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.

Maisons ou centres de santé ?

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 2019, 61 % 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. De plus, 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.

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 » (MSP). 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. Apparu dans les années 2000, le mouvement s'est développé pour attendre environ un millier de MSP en 2019. Pourtant, ces maisons montrent déjà leurs limites. Malgré des investissements importants des collectivités locales, 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 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 le plus souvent une addition 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 montages 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. L'évolution proposée par la loi « Ma santé 2022 », avec la création de communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), ne change rien au problème, car ces regroupements de professionnels s'organisent sur la base du volontariat dans des territoires

de dimensions variés. Ainsi, si elles améliorent les conditions de travail des professionnels, elles n'apportent aucune réponse aux citoyens en termes d'accessibilité aux soignants, de dépassements d'honoraires ou de coordination avec l'hôpital.

DES CENTRES DE SANTÉ CONTRE LES DÉSERTS MÉDICAUX

Un centre de santé est une structure pluriprofessionnelle qui salarie les soignants et les autres personnels. 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.

CONSTRUIRE UN MAILLAGE TERRITORIAL

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 supprimer de manière brutale la liberté d'installation, ni 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 avec 55 médecins. 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

« IL FAUT REMETTRE À PLAT LE SYSTÈME DE SANTÉ »

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 – la crise du coronavirus l'a d'ailleurs bien montré. Malgré la mobilisation du personnel à l'hôpital et dans les Ehpad, des morts auraient pu être évités si nous avions pu disposer d'une meilleure organisation et surtout de plus de moyens. 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 est nécessaire que l'État joue son rôle en termes de planification et d'aménagement du territoire. Depuis des années, avec la CGT, nous construisons des propositions : centres de santé, salariat des médecins, Sécurité

sociale intégrale... Les idées taxées 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. Ce document 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 dans le Loiret, qui a déjà perdu ces dernières années sa maternité et son service de chirurgie, militants du comité de défense locale et syndicalistes avancent la proposition 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 de la bataille, même Michèle Alliot-Marie, élue locale Les Républicains, a été contrainte de saluer le retour d'une offre publique de soins sur son territoire. Faisons vivre ces propositions au sein de notre organisation et plus largement dans la société.

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 de s

besoins. Le centre de santé peut parfois s'intégrer dans les mêmes locaux qu'un Ehpad. Il peut également accueillir dans le même bâtiment 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 ren-

forçant organiquement les liens entre médecine de ville et médecine hospitalière, permettrait de faciliter la

résolution du problème du dossier médical partagé.

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 Jeckyll et M. Hyde

LE CONTACT HUMAIN, INDISPENSABLE AU SOIN

Une innovation technique n'est ni bonne ni mauvaise en soi. C'est son application qui en fait un progrès ou la rend dangereuse. La télémédecine répond typiquement à cette problématique. Aujourd'hui, 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 et compassionnelle est essentielle.

UN GRAND PAS POUR L'HOMME ?

La télémédecine contient potentiellement de grands progrès pour l'humanité. L'utilisation des moyens

de communication modernes autorise aujourd'hui le suivi à distance de patients porteurs de *pacemakers* ou de patients diabétiques traités avec des pompes à insuline. Cette surveillance 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. Autre exemple, elle pourrait aussi améliorer 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'examen, pourrait être utile. La présence d'un infirmier la nuit complétée par des moyens techniques permettrait la réalisation d'un électrocardiogramme ou d'examen 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. Enfin, les téléconsultations ont permis, pendant le pic

de la crise du coronavirus, d'organiser le suivi des patients par leurs médecins dans une période où les contacts physiques devaient être limités. Cette expérience a été vécue de manière positive par les médecins et les patients. Cependant, si dans certains cas, cet outil continuera à être utilisé car il apporte un plus et permet de gagner du temps, il a aussi montré qu'il ne permet pas de se passer de la présence humaine en face-à-face.

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.

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'hôpital, 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 trente minutes de chez lui en transports classiques.

LES PROGRÈS SANITAIRES, UNE AFFAIRE QUI CONCERNE LES 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.



Instituer un droit à l'autonomie

LA PERTE D'AUTONOMIE EST UN ENJEU DE SOCIÉTÉ

La perte d'autonomie n'est pas systématiquement liée à une notion d'âge puisqu'elle concerne toute personne qui rencontre des obstacles dans sa vie quotidienne du fait de limitation de ses capacités motrices, mentales, psychiques ou sensorielles qui compromettent son autonomie en l'absence de compensation.

Ces limitations sont le résultat de problèmes de santé, souvent en lien avec l'insuffisance des mesures de prévention des risques tout au long de la vie, et particulièrement en situation de travail. Au même titre que l'ensemble des problématiques de santé, sa prise en charge devrait donc relever de l'assurance maladie.

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.

DES SOLUTIONS PRÉCAIRES ET INADAPTÉES

Avec l'accroissement du nombre de personnes en perte d'autonomie, lié notamment au vieillissement de la population, un glissement s'est opéré, séparant la prise en charge relevant exclusivement du soin par l'assurance maladie, d'une prise en charge de la « dépendance » relevant de l'impôt *via* les conseils départementaux. C'est donc dans un but purement gestionnaire que l'on sépare ce qui relève du « soin »

et ce qui relève de « l'accompagnement au soin » (aide humaine, matérielle...). C'est ainsi qu'en 1975 a été créée, sous la responsabilité des conseils départementaux, l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), destinée à couvrir les frais liés à l'emploi d'une aide humaine. Cette aide, à l'origine, concernait tous les adultes handicapés quels que soient leur âge et la cause de leur handicap.

En 1997, une nouvelle césure s'est opérée entre les personnes en perte d'autonomie de moins de 60 ans qui restèrent bénéficiaires de l'ACTP, remplacée par la suite par l'actuelle PCH (prestation de compensation du handicap), et les personnes de plus de 60 ans. Ces dernières ont pu bénéficier, dans

le cadre du maintien à domicile, de la PSD (prestation spécifique dépendance) qui relevait là encore du département. En 2001, la PSD était remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). C'est aujourd'hui l'unique prestation de droit commun couvrant la perte d'autonomie des personnes âgées de plus de 60 ans.

Les caisses de retraite, quant à elles, interviennent en amont de la perte d'autonomie dans le cadre de la prévention, par le biais de leur fonds d'action sociale.

SOINS ET ACCOMPAGNEMENT DES SOINS

C'est en 1997 aussi que les Ehpad ont vu le jour pour accueillir des personnes retraitées plus dépendantes que dans une maison de retraite mais moins dépendantes que dans les unités de long séjour (USLD), qui relevaient de l'hôpital. Or, Selon l'Igas (Inspection générale des affaires sociales), en seulement dix ans (2006-2016), plus de la moitié des lits USLD accueillant des personnes très dépendantes dont l'état nécessite une surveillance médicale constante ont été convertis en places d'Ehpad. La création des Ehpad a eu également comme conséquence de diviser par trois le financement de la perte d'auto-

nomie, en séparant ce qui relève du soin pris en charge par l'assurance maladie à 100 % de ce qui relève de la « dépendance », qui revient au département, avec des budgets contraints et l'hébergement assumé par le résident. Une étude de la Dress a mis en exergue la baisse de coût engendré par un tel glissement en montrant que le taux d'encadrement correspond à 1,1 ETP (équivalent temps plein) par lit en USLD alors qu'il n'est que de 0,62 équivalent temps plein par place en Ehpad. Ceci nous éclaire sur les vrais enjeux d'une dissociation entre ce qui relève du soin et ce qui relèverait de l'accompagnement aux soins. L'objectif étant seulement de baisser le « coût » de la perte d'autonomie afin de répondre à des politiques d'austérité et de budgétisation appliquées à la santé et à la prise en charge de cette dépendance. Cette situation fait la part belle aux assurances privées. Cette volonté de baisse des coûts va de pair avec la rationalisation de l'activité et la chasse aux tâches considérées comme « improductives » dans les Ehpad. Elle a pour conséquence une dégradation des conditions de travail des salariés, qui ne peuvent plus répondre aux besoins relationnels, pourtant si importants, des résidents.

LE FINANCEMENT

Le financement s'est donc déplacé de l'assurance maladie, qui rembourse ce qui relève du soin, vers l'impôt, qui prend en charge la perte d'autonomie. La création de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA) en dehors de la Sécurité sociale, en 2005, suite à la canicule de 2003 et à l'instauration du lundi de Pentecôte comme source de financement, en est le résultat. L'injonction de rentabilité par les pouvoirs publics (que ce soit en établissement comme à domicile par le biais des associations d'aide à domicile) est une étape supplémentaire vers la privatisation de ce secteur et sa marchandisation.

La loi dite d'adaptation de la société au vieillissement de 2015 introduit, en complémentarité avec les caisses de retraite, la prise

en compte de la prévention de la perte d'autonomie par les départements. Elle crée des conférences des financeurs dans les départements qui participent, par le biais de la CNSA, à des ateliers de prévention de la perte d'autonomie. 60 % des fonds sont dédiés au GIR 1 à 4 et 40 % des fonds dédiés aux GIR 5 et 6. Cette loi crée également un forfait autonomie pour les résidences autonomes.

La crise sanitaire de la Covid-19, marquée par plus de 14 000 décès déclarés dans les Ehpad au 30 juin 2020, a révélé plus que jamais le manque de moyens dans ces établissements comme dans le secteur de l'aide et du maintien à domicile. La problématique n'est pas nouvelle et elle a été maintes fois dénoncée à travers de larges mobilisations du personnel de ces secteurs.

LES DANGERS DE LA CINQUIÈME BRANCHE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Le 7 août 2020, deux lois ont été promulguées. La première, organique, acte le transfert de 136 milliards d'euros de dette de la Sécurité sociale vers la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale), un apurement de la dette sociale reporté en 2033 et le transfert de 0,15 point de CSG vers la CNSA. La seconde est une loi ordinaire qui acte la création

immédiate d'un nouveau risque dépendance et d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale dédiée à l'autonomie et gérée par la CNSA. Cette loi prévoit la remise d'un « rapport sur les modalités de mise en œuvre d'un nouveau risque et d'une nouvelle branche de la Sécurité sociale relatifs au soutien à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap ».

La création de cette 5^e branche est une étatisation du système, qui remet fondamentalement en cause la Sécurité sociale de 1945, financée par la cotisation sociale par répartition et par solidarité, qu'on soit bien portant ou malade, vieux ou jeune, actif ou non actif. La cotisation sociale, contrairement à l'impôt, va directement du cotisant au bien-être de tous. Cette nouvelle branche serait gérée par la CNSA, qui n'est pas une gouvernance de Sécurité sociale.

La création d'une 5^e branche financée uniquement par l'impôt et gérée par la CNSA, serait une étape supplémentaire vers une étatisation de la Sécurité sociale comme dans les pays anglo-saxons, qui n'assure qu'un minimum pour les plus précaires et ouvre la porte aux assurances privées. Ce scénario aurait pour conséquence une explosion des inégalités face à la perte d'autonomie.

Quelques chiffres

Au 1^{er} janvier 2018, Les personnes âgées d'au moins 65 ans représentaient 19,6 % de la population française. Leur part a progressé

de 4,1 points en vingt ans. La hausse est de 2,4 points sur la même période pour les habitants âgés de 75 ans ou plus, qui représentent près d'un habitant sur dix.

En 2040, les 75 ans et plus devrait représenter, d'après les estimations de l'Insee, plus de 14 % de la population française.

LE DROIT À L'AUTONOMIE

La CGT revendique un droit à l'autonomie au même titre que celui à la santé ou à la maternité. La société doit répondre aux besoins évolutifs consécutifs à l'allongement de la durée de vie, phénomène qui constitue un progrès social. Quels que soient l'âge d'une personne, son handicap, sa situation sociale ou géographique, elle doit avoir des droits identiques à compensation d'un déficit fonctionnel pour lui permettre l'accès à la vie sociale.

Les deux dispositifs qui différencient les personnes concernées par un handicap en fonction de l'âge (plus et moins de 60 ans) doivent donc être réunis. Toute personne doit pouvoir bâtir un projet de vie. Cela implique le respect de ses droits fondamentaux quel que soit l'âge, avec une amélioration de la prise en charge de la perte d'autonomie, et l'évolution de la grille d'évaluation de la perte d'autonomie pour les personnes âgées. Cela implique de pouvoir développer ses capacités d'autonomie (atelier de mémoire, de l'équilibre, d'activité physique...) et de pouvoir bénéficier d'un environnement (logement, transport...) permettant d'éviter l'isolement social.

► Des droits nouveaux au niveau de la prise en charge

En urgence, l'amélioration de la prise en charge des personnes dépendantes passe par la création de 200 000 emplois dans les Ehpad et 100 000 dans le secteur de l'aide domicile.

Plus globalement, le droit à l'autonomie passe par une prise en charge au titre de la maladie dans

le cadre de la Sécurité sociale, avec un financement par la cotisation sociale. Parce que la CGT affirme l'universalité de l'assurance maladie, la perte d'autonomie doit faire partie d'une prise en charge globale de la santé. Elle ne doit pas systématiquement être reliée à l'âge. C'est pourquoi elle propose un droit à l'autonomie prenant en compte le handicap de la naissance à la mort. Son financement relèvera de la cotisation. La contribution additionnelle solidarité autonomie, financée par les retraités (Casa) et la CSA (journée de travail « gratuit » pour les actifs) doivent donc être supprimées.

Elle nécessite une vraie politique publique articulant prévention, dépistage et prise en charge solidaire avec un droit universel de compensation de la perte d'autonomie. Il faut donc simplifier le dispositif en ne désignant à terme qu'un payeur unique, la Sécu à travers l'assurance maladie, et un intervenant unique afin de répondre aux besoins des personnes en perte d'autonomie.

► Un engagement national à la hauteur des enjeux

Pour répondre au droit à l'autonomie, la CGT demande la création d'un grand service public de l'aide à l'autonomie, en établissement comme à domicile, avec du personnel formé, qualifié, correctement rémunéré, afin que cette prise en charge se fasse par des professionnels reconnus. Il permettrait également aux assurés de pouvoir bénéficier d'une continuité dans l'accompagnement de la perte d'autonomie par ces professionnels, du domicile à l'établissement et *vice versa*.

► Des droits nouveaux pour les aidants familiaux

Pour compléter ce dispositif, il est nécessaire d'obtenir des droits nouveaux pour soutenir les aidants familiaux de personnes en perte d'autonomie.

La responsabilité sociale des entreprises et des services publics, quelle que soit leur taille, doit être engagée à l'égard de leurs salariés qui aident des proches en situation de handicap ou de perte d'autonomie. Il faut agir sur les lieux de travail contre les discriminations dont ils peuvent être victimes. Les salariés aidants, dont les situations vécues sont souvent très difficiles, doivent pouvoir bénéficier de droits portant sur l'organisation du temps de travail, les congés, la formation professionnelle, le déroulement de carrière, afin de ne pas être discriminés.

Les aidants familiaux doivent pouvoir tous bénéficier d'un accompagnement social pour être informés et aidés dans leurs démarches.

Il faut rester vigilant à ce qu'un glissement ne s'opère pas d'une prise en charge de la perte d'autonomie faite par des professionnels vers les proches aidants à des fins économiques. Le proche aidant doit être soutenu et ne doit pas être la variable d'ajustement des politiques publiques.

Ces choix tournés vers une réponse adaptée aux besoins des personnes induisent des propositions de financement de la perte d'autonomie reposant sur le partage des richesses. Ce financement doit être pérenne et non tributaire du budget de l'État ou des ressources des familles.

le handicap

Depuis sa création, la CGT s'est battue pour la défense des droits des salariés, privés d'emploi, retraités, handicapés ou sans-papiers. Elle a toujours cherché à œuvrer dans la perspective d'un monde meilleur où chacun et chacune trouverait sa place.

Les personnes plus vulnérables, comme celles porteuses d'un handicap, doivent plus que jamais faire l'objet d'une attention particulière, tout comme leurs aidants et les proches accompagnants qui sont près d'eux et avec eux au quotidien !

Qu'il s'agisse des conditions de vie au quotidien ou des conditions de travail, la CGT doit être à l'offensive afin de défendre et d'améliorer les droits des personnes en situation de handicap.

Dans cet objectif, la CGT formule un ensemble de propositions qui s'articulent autour de 7 thèmes avec une prise en compte de la crise sanitaire actuelle.

LA SANTÉ

- fournir en quantité suffisante les moyens adaptés de protection individuelle : masques, gants, gel hydroalcoolique pour les personnes

handicapées, mais aussi pour les aidants familiaux et professionnels qui les accompagnent en cette période de crise sanitaire ;

- adapter et rendre accessibles les informations indispensables à la mise en place des gestes barrières ;
- assurer l'accès aux soins des personnes handicapées, ainsi qu'aux consultations médicales et actes paramédicaux qui ne peuvent être interrompus ;
- permettre une prise en charge non différenciée des personnes en situation de handicap atteintes de Covid-19 pour éviter de confronter les soignants à des problématiques de « tri » des patients dans l'accès aux soins dans les hôpitaux de première ligne ;
- adapter le traitement et la prise en charge des personnes atteintes de la Covid-19 à la spécificité du handicap, ce qui implique la formation et/ou spécialisation du corps médical au handicap ;
- organiser des « temps de répit » pour les aidants familiaux, sous forme de relaying

mais par le développement de services de soutien ou d'accueil (de jour, de semaine...).

L'EMPLOI

- adapter le poste de travail pour les personnes handicapées en télétravail (matériel, ergonomie, aménagements nécessaires en fonction du type de handicap) avec l'appui et sous le contrôle des services de santé au travail ;
- maintenir la rémunération de tous les salariés handicapés, y compris ceux qui travaillent dans des Esat ou des EA, en période de confinement, et en cas de chômage partiel ou de baisse d'activité ;
- donner le statut de salariés aux travailleurs handicapés des Esat avec l'ensemble des droits liés au travail et négocier la mise en place d'une convention collective pour les travailleurs d'Esat et d'entreprises adaptées avec les acteurs syndicaux et associatifs ;
- accompagner et sécuriser l'emploi des personnes en situation de handicap post-crise (charge de travail,

- horaires, aménagements...);
- renforcer le rôle des CSSCT en intégrant le volet handicap dans le suivi de la reprise d'activité des personnes handicapées (CSSCTH);
- mettre en place un dispositif spécifique lié au handicap, incluant IRP, Cap emploi, médecine du travail et employeur, afin de garantir un réel maintien dans l'emploi post-crise.

L'INSERTION DANS L'EMPLOI

- développer des services d'accompagnement (éducatifs, soins...) des enfants et adultes handicapés lors des périodes de retour au domicile familial quelles qu'en soient la durée et la raison;
- favoriser la continuité pédagogique en apportant tous les moyens matériels (aides techniques, adaptations pédagogiques et moyens humains – AESH individuelles et non mutualisées) en cas de reconfinement pour les jeunes fragilisés par le handicap;
- accompagner, de manière renforcée et individuelle, les jeunes en situation de handicap vers la formation professionnelle afin de les aider à construire un projet de vie (CFA spécialisés...) pour ceux qui ne peuvent suivre une formation générale;
- partir des besoins pour permettre aux jeunes de construire leur projet professionnel, leur assurer un accompagnement et des moyens pour leur permettre de faire aboutir ce projet.

LES COMPENSATIONS

- réduire les délais d'instruction des dossiers de demande d'ouverture et/ou de prolongation des droits par les MDPH;
- favoriser la continuité des droits en accélérant le processus de reconnaissance des droits sans limitation de durée (s'il ne s'agit pas d'une nouvelle demande);
- développer les services de compensation et de soutien variés et de proximité permettant aux personnes handicapées de mener une vie aussi autonome que possible comme elle le souhaite (aide humaine, auxiliaire de vie, assistance...);
- augmenter les montants forfaitaires des différents éléments de la prestation de compensation du handicap (PCH) dont notamment les tarifs horaires et montants mensuels de l'aide humaine;
- revaloriser le montant de l'AAH (allocation aux adultes handicapés) et désolidariser les revenus du conjoint/concubin dans le calcul de ce droit;
- revaloriser la rémunération des travailleurs d'Esat portée au Smic avec reconnaissance de leur expérience et de leur ancienneté;
- aménager la durée et les horaires de travail des salariés en situation de handicap pour compenser la fatigabilité et permettre les soins.

L'ACCESSIBILITÉ

- exiger la mise en accessibilité de tous les transports pour offrir plus d'autonomie

aux personnes en situation de handicap;

- multiplier les logements individuels réellement accessibles situés au cœur des villes et à proximité des transports;
- rendre le domicile accessible (domotique accessible financièrement);
- rendre tous les lieux publics accessibles et mettre aux normes, à court et moyen terme, toutes les entreprises publiques comme privées afin de faciliter les déplacements des personnes en situation de handicap;
- faciliter les stationnements, les déambulations et les déplacements de personnes handicapées, en milieu urbain comme en milieu rural.

L'ISOLEMENT

- rompre l'isolement des personnes en situation de handicap en maintenant un lien social par le développement de tous les moyens humains et technologiques nécessaires (visio...) et la mise en place d'un système de parrainage;
- intégrer les travailleurs des Esat dans les entreprises parmi les autres salariés.

LA RETRAITE

- permettre des aménagements de fin de carrière par l'attribution de congés supplémentaires, une réduction du temps de travail et un allègement de la charge de travail;
- prise en compte de la RQTH pour une retraite anticipée.

Investir dans l'avenir grâce à des politiques familiales ambitieuses

Politiques familiales : investir pour l'avenir

DES POLITIQUES FAMILIALES AUX POLITIQUES SOCIALES

Le système de Sécurité sociale est institué par l'article 1er 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. Pour en mesurer l'importance, il faut savoir qu'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 familial : 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 tentant d'en écarter certains bénéficiaires.

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 domestique entre les parents. De plus, une offre de services d'accueil de qualité passe irrémédiablement par la création d'un service public de la petite enfance englobant les modes d'accueils collectifs et individuels, avec pour objectif la gratuité de l'accueil pour toutes les familles.

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 per-

mettre de soutenir et encourager le travail des femmes, quelles que soient leurs responsabilités familiales :

- prestations familiales (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 de la prestation partagée d'éducation de l'enfant 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.

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

La crise sanitaire liée à la Covid-19 a mis en exergue les dérives du libéralisme et de la mondialisation de l'économie. Elle a eu des répercussions aussi importantes que désastreuses pour les personnes les plus vulnérables et les plus démunies. Alors que le monde du travail est particulièrement ébranlé en cette période de pandémie, les personnes handicapées sont, une nouvelle fois, touchées de plein fouet !

Aujourd'hui, en France, environ une personne sur 5 est marquée par le handicap et plus de deux millions vivent sous le seuil de pauvreté. C'est pour lutter contre les discriminations, assurer la solidarité et aider les plus vulnérables à vivre dans des conditions décentes que nous pointons les difficultés issues de la crise sanitaire et proposons des transformations à court et moyen terme.

Pour la CGT, cinq grandes catégories d'objectifs 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 enfants ;
- 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. 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.

Pôle 3

Pour un système de retraite solidaire et sûr

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

OÙ EN EST LA RÉFORME DE MACRON ?

Le 29 février 2020, alors que le Conseil des ministres se réunissait pour prendre des mesures face à l'épidémie de la Covid-19, le gouvernement a imposé la contre-réforme des retraites en usant de l'article 49.3 pour la loi ordinaire instaurant le système à points.

La réforme des retraites passe par l'adoption de deux lois distinctes. La première est une loi ordinaire, imposée par le 49.3, qui instaure le système à points. Ce système fonctionnerait en « pilote automatique » pour ajuster le niveau des pensions à la conjoncture économique et démographique. Avec plus de 30 % de retraités en plus d'ici 2050, ceci engendrerait une baisse du niveau des pensions de tous. Le conseil d'administration et les soi-disant partenaires sociaux seront de simples pantins à la solde d'un système purement gestionnaire.

La seconde loi est organique, c'est-à-dire qu'elle est placée en dessous de la Constitution mais au-dessus des lois ordinaires. Elle ne peut être modifiée ou supprimée par une simple loi ordinaire. Elle acte l'étatisation totale du système de retraite. La loi organique telle que prévue par le gouvernement érige l'équilibre financier du système en principe constitutionnel. Ainsi, une fois adoptée, non seulement sa modification ou son annulation entraînerait une modification de la Constitution, mais l'État pourrait imposer, par le biais de la loi de financement de la Sécurité sociale, des mesures tous les cinq ans, afin de faire respecter « l'équilibre financier du système » dans un but de conformité avec la Constitution. Ces mesures seraient prises dans un contexte de blocage des ressources (la part consacrée aux

retraites ne devant pas dépasser 14 % du PIB, voire moins).

En février et mars 2020, les deux lois ont été présentées et imposées devant l'Assemblée, la procédure doit suivre son cours. Aujourd'hui, le gouvernement est déterminé à imposer cette réforme, restant sourd aux oppositions répétées des syndicats et des citoyens.

Ces deux lois suppriment tous les régimes de retraites (le régime général de la Sécurité sociale et les régimes complémentaires, les régimes spéciaux et le régime de la fonction publique). Le retrait de ces deux lois est un préalable à notre revendication de Sécurité sociale intégrale et à nos propositions CGT d'amélioration du système actuel avec ses différents régimes.

MAINTENIR ET AMÉLIORER LE SYSTÈME DE 1945

L'enjeu de maintenir et améliorer le système solidaire de retraite fondé en 1945 est considérable. Il a connu des avancées et des remises en cause régulières qui le fragilisent. 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 (1884 euros pour les hommes contre 1314 euros 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 retraités sont en train de retomber dans la pauvreté. D'ailleurs, notre système de retraite en France a permis de maintenir le niveau de pension des retraités malgré la contraction de l'économie.

La réforme par points, sous couvert de simplifications, porte atteinte aux différents mécanismes de redis-

tribution et de solidarité qui seront mis 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).

Il est évident que des consolidations et des améliorations sont nécessaires pour garantir notre système de retraite, la CGT ne le conteste pas – d'ailleurs, elle le réclame ! La diminution récurrente des droits à la retraite pour sauvegarder la progression des dividendes doit cesser. C'est dans ce sens que la CGT propose un ensemble revendicatif cohérent sur le dossier retraites, résultat de nos luttes et de nos congrès, qui vise à consolider l'ensemble de notre système solidaire. 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, l'égalité femmes-hommes, la reconnaissance des qualifications et des garanties des retraites sur le long terme.

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 individualiste. 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 gestionnaires de retraites, ce qui ne peut pas être le cas pour un système par répartition.

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 (c'est d'ailleurs ce que préconise la loi Pacte, en exonérant de cotisations sociales l'intéressement pour financer des plans d'épargne par 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 salaire 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** (système à points) 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 système à cotisations définies répond à la volonté des employeurs de bloquer et diminuer leur part de financement du système dans un contexte d'augmentation du nombre de retraités. Le niveau de la pension

est alors déconnecté du salaire. L'enjeu de la prestation définie est donc un objectif central dans notre démarche. La relation au salaire doit être garantie par la loi. Que cette garantie prenne la forme des derniers mois de la carrière ou du salaire de référence de toute la carrière, le montant de la retraite doit être fonction du salaire d'activité. La retraite est un revenu de remplacement et non un produit d'assurance.

La CGT estime 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**

Le système instauré par l'ordonnance de 1945 est fondé sur un système de répartition à prestations définies et repose sur la solidarité. C'est cette dernière qui permet de mutualiser les risques (chômage, maladie, handicap, bas salaires) et de compenser les interruptions d'activités (maternité, décès du conjoint). La part de solidarité ne cesse d'augmenter depuis 1945 et a nécessité des financements supplémentaires, assurés le plus souvent par des hausses de cotisations jusqu'aux années 1980.

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 », c'est-à-dire hors cotisations vieillesse avec un financement par l'impôt, la CSG et autres taxes, ce qui représente autant d'économies pour les entreprises.

Le système à points est exclusivement contributif, avec pour conséquence la sortie des dispositifs de solidarité du cœur du système. Il prévoit la création d'un fonds solidarité vieillesse universel financé et géré par l'État comme un budget d'action sociale. Ainsi, pour que les salariés puissent bénéficier de ces dispositifs de solidarité (points pour la maladie, maternité, le chômage...), ils devront répondre à certains critères qui pourraient être

durcis au fil du temps si le budget est en baisse. Par exemple, pour la maladie, des points seraient attribués après trente jours d'arrêt et sur la base des salaires antérieurs. C'est évidemment un grand recul social et une remise en question fondamentale des valeurs de la Sécurité sociale portées par Ambroise Croizat, qui doit protéger les salariés des aléas de carrière et de la vie afin qu'ils n'aient plus l'angoisse du lendemain.

Dans les solidarités, ce sont également toutes les mesures de départs anticipés qui sont remises en question dans le système à points. C'est également la fin de tous les dispositifs qui compensaient réellement la pénibilité dans le système de retraite, tels le service actif dans la fonction publique (infirmiers, égoutiers...) ou les régimes spéciaux.

Avec cette réforme des retraites, c'est donc la double peine pour les salariés qui exercent un métier pénible : d'une part, l'espérance de vie plus courte qu'engendre la pénibilité au travail n'est pas prise en compte, et d'autre part cette pénibilité n'est plus compensée par la possibilité d'un départ anticipé dans le système de retraite.

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. Pour la CGT, il doit y avoir une vraie prise en compte de la pénibilité et le maintien des départs anticipés.

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 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 dans cet esprit que les derniers gouvernements ont abordé le défi démographique et ont prétendu le régler : puisque l'on vit plus longtemps, il faut travailler plus longtemps et baisser le niveau des retraites ! Pas question d'augmenter le financement à proportion de la démographie et des besoins, il faut diminuer les parts (le gâteau des dividendes doit pouvoir, lui, continuer à grandir...) ! Le système à points que veut nous imposer le gouvernement répond à cet objectif de repousser de façon automatique l'âge de départ à la retraite de chacun !

Les quarante dernières années ont vu notre système de Sécurité sociale produire une amélioration incontestable 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 est nécessaire de 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.

L'EMPLOI, FACTEUR CLÉ DU FINANCEMENT DES RETRAITES

Un haut niveau d'emploi bien rémunéré doit être assuré pour la mise en œuvre du principe de répartition, la prestation définie et la solidarité. Signalons que l'emploi est la condition indispensable à tout mécanisme de retraite, qu'il fonctionne par points 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.**

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 de l'égalité entre les femmes et les hommes,

des conditions et de l'organisation du travail.

UN SOCLE COMMUN DE GARANTIES POUR TOUS

Les niveaux de pension à qualifications et carrières comparables entre les secteurs privé et public sont équivalents, même si les modalités de calcul des retraites diffèrent. Comparer des mécanismes d'acquisition de droits n'a pas de sens.

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 – même si depuis la dernière réforme elle a déjà été fortement attaquée (par exemple dans la fonction publique hospitalière : fin du départ à 55 ans pour les IDE, AS...).

L'important est le socle commun de garanties, auquel doit aboutir chaque régime, par des modalités adaptées aux types de carrières du secteur concerné.

LA RECONQUÊTE DU DROIT À UNE RETRAITE REPOSE SUR DES GARANTIES ESSENTIELLES

- garantir la possibilité d'un départ à 60 ans à taux plein (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 (taux de remplacement 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 ;
- maison commune des retraites...

Régimes de bases 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 depuis le 1^{er} janvier 2019 (voir la fiche n° 10 sur ce sujet).

Des retraites de moins en moins complémentaires

LA FUSION AGIRC-ARRCO : ACCORD INIQUÉ

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 Force ouvrière 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. Cet accord 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. En d'autres termes, ce système joue sur les dépenses et non pas sur les recettes, et de fait, les entreprises ne sont pas mises à contribution sur les efforts de cotisations. C'est pourquoi la CGT a refusé de le ratifier.

NOS PROPOSITIONS MÉPRISÉES

L'accord du 17 novembre 2017 a établi le cadre de la fusion des régimes complémentaires : une négociation tous les quatre ans conclue par un accord national interprofessionnel sur les paramètres du régime.

La CGT s'est opposée à ce que le conseil d'administration soit déposé de ses pouvoirs au profit d'un pilotage semi-automatique et a proposé d'établir un minimum de retraite complémentaire pour tous, complétant le minimum contributif de la Cnav. Cela a été refusé.

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.

En outre, le Medef a 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 présageait des préconisations qui allaient être retenues dans le cadre de la réforme des retraites de 2019.

Pour obtenir une signature rapide, le Medef a proposé un plafond de majoration – 10 % pour trois enfants – de 2 000 euros (1 000 euros Arrco + 1 000 euros 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.

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'oc-

tobre 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 et des retraités 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. Depuis près de vingt ans, ce sont les décisions prises en Agirc-Arrco et leurs effets qui ont diminué petit à petit le taux de remplacement.

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 mécanique a fait perdre de façon définitive 4 % de pouvoir d'achat aux retraités en lien avec l'inflation, et le recul de la date de revalorisation des retraites complémentaires du 1^{er} avril au 1^{er} novembre. 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 ser-

vice 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 un impact très important pour les cotisants les plus jeunes. À titre d'exemple, après la hausse du point de 6 % de 2016 à 2018 par rapport au salaire moyen, un salarié ne peut plus acheter que 16 points quand il pouvait en acheter 17 avant l'accord de 2015. Le COR a estimé que son effet sur les retraites futures sera une baisse de 5 % (en valeur nominale) pour la génération 1985, qui partirait en retraite vers 2050. Dès lors, pour cette génération, la baisse de la pension sera de 9 % sur l'ensemble du temps passé en retraite.

VERS UNE BAISSÉ 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 complémen-

taires dans la même logique qu'entre 2016 et 2018. L'accord interprofessionnel du 10 mai 2019, que la CGT n'a pas signé, a défini les orientations tactiques du régime pour les quatre prochaines années (de 2019 à 2022). Cet accord doit vérifier le respect de réserves au moins égal à six mois de prestations et fixe les conditions pour déterminer la valeur de service et la valeur d'achat du point Agric-Arrco. Pour la CGT, il est exclu d'accepter de nouvelles mesures paramétriques ayant pour effet de faire baisser le montant des pensions ou de dégrader le niveau de vie des retraités.

Le Medef s'est opposé à inclure dans l'accord la proposition de la CGT selon laquelle la valeur de service ne pourrait en aucun cas 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 d'ailleurs cette option qui a été retenue par le gouvernement l'an dernier dans le cadre de la réforme des retraites. Cette réforme que veut nous imposer Macron institue à travers la règle d'or et le système à points un pilotage qui baissera de façon automatique le niveau des pensions.

« UN SYSTÈME DE RETRAITE QUI DÉPEND DU PIB ET DE LA CONJONCTURE ÉCONOMIQUE NE PEUT GARANTIR AUCUN DROIT »

Sandrine Mourey,
membre de la commission exécutive confédérale de la CGT

La réforme de retraite universelle par points portée par le gouvernement consiste à accélérer la baisse des pensions pour répondre aux exigences européennes de diminution de la part du PIB actuellement consacré aux retraites. Il s'agit d'en finir avec un régime de Sécurité sociale construit sur les cotisations sociales et assis sur les richesses produites par le travail. L'objectif de cette réforme est dans la même logique que celles qui affectent notre protection sociale et tous nos services publics : il ne s'agit plus de répondre aux besoins de la population, mais bien d'assurer une part croissante de la richesse produite à la rémunération du capital. Malgré son argument trompeur (« *un euro cotisé donnera les mêmes droits* »), le gouvernement fut bien en peine pour convaincre. Le travail de décryptage de la CGT, les débats menés auprès des salariés et retraités sur les lieux de travail et de vie ont permis de construire un rapport de force mettant en grande difficulté l'exécutif, incapable de répondre à des questions pourtant essentielles : quand pourrai-je partir à la retraite et

avec combien ? Si la crise économique consécutive de la crise sanitaire a suspendu cette réforme, le gouvernement n'a pas abandonné son funeste projet et pourrait avancer masqué afin d'éviter de nouvelles mobilisations. Mais l'objectif final reste inchangé. Cependant, la crise actuelle confirme ce que la CGT a toujours expliqué : un système de retraite qui dépend du PIB et de la conjoncture économique ne peut garantir aucun droit. Si notre système de cotisation par annuité à prestation définie et de solidarité intergénérationnelle est encore le meilleur pour maintenir le niveau de vie à la retraite, les différentes réformes libérales ont altéré les droits de toutes et tous, ont fait baisser le niveau des pensions et détérioré l'image de notre système actuel, notamment auprès des plus jeunes. Partir à 60 ans, un départ anticipé pour les métiers pénibles avec une pension permettant de vivre dignement... Les propositions que porte la CGT pour améliorer, renforcer notre système de retraite sont plus que jamais d'actualité et montrent, notamment en période de crise, toute leur pertinence. Poursuivre les débats pour gagner la bataille des idées reste vital pour l'engagement et la mobilisation des salariés et retraités !

Des régimes pas si spéciaux

L'ÉPOUVANTAIL DES « RÉGIMES SPÉCIAUX »

Pour justifier sa refonte totale du système de retraite, le pouvoir décrit le système actuel comme créant des inégalités révoltantes : « *Le système est injuste, fragile, inégal. [...] 42 régimes, organisés par catégories professionnelles. [...] Les professions, les métiers, vont changer à toute vitesse. [Notre solidarité] ne correspond plus aux règles d'une économie de l'innovation et de la compétence* ».

Encore une fois, l'épouvantail des « régimes spéciaux » est brandi comme argument massue par le gouvernement. Il faudrait supprimer les régimes spéciaux en créant un seul système de retraite enfin « juste, unique et transparent », établissant une égalité formelle entre tous les individus, qu'ils soient salariés ou non-salariés, du privé ou du public.

En fait, il est nécessaire pour le gouvernement de monter les salaires du privé contre les agents du public, pour qu'ils ne voient pas que le régime unique de retraite, c'est d'abord un transfert sur les cotisations des salariés du privé de 30 milliards de dépenses de l'État, qui relèvent aujourd'hui de l'impôt.

Sur 325 milliards de dépenses de retraite en 2018, l'État paie une trentaine de milliards en plus de

la cotisation employeur ordinaire (17 % du salaire dans le privé). L'État compense ainsi le trop faible nombre d'actifs du régime des fonctionnaires d'État (pour 26 milliards) et des entreprises publiques (pour 5 milliards). Par exemple en 2017, la SNCF compte 260 000 retraités pour 150 000 cotisants. Les cotisations sont de 2 milliards d'euros, et l'État complète en transférant 3,3 milliards d'euros.

Cette réalité est due aux suppressions de postes, aux privatisations, aux transferts de fonctionnaires d'État aux collectivités territoriales. La prise en compte de ces sommes dans un régime unique tirerait à coup sûr les pensions du privé à la baisse, puisqu'il n'est pas question que les cotisations augmentent. Ces économies signifieraient une baisse de la part des retraites dans la richesse produite, faisant mécaniquement baisser le niveau de vie des futurs retraités.

UNE PETITE HISTOIRE DES RETRAITES

Les régimes spéciaux n'ont jamais été des privilèges, ce sont des régimes pionniers. Ce sont des acquis sociaux qui ont été obtenus par les secteurs de la classe ouvrière à l'époque où le patronat et le gouvernement français refusaient d'accorder un régime de

retraite à l'ensemble des travailleurs.

L'État fut le premier à instituer des pensions dès le XVII^e siècle (les marins). Au XIX^e siècle, l'État crée progressivement de véritables caisses de retraite pour les militaires et les fonctionnaires. En parallèle de la Révolution industrielle, les entreprises et les secteurs économiques qui ont besoin d'attirer et de stabiliser un prolétariat qualifié mettent en place, à la fin du XIX^e siècle et au début du XX^e siècle, des caisses de retraite sur une base professionnelle (mines, chemins de fer...).

Ces régimes professionnels reprennent la logique des caisses instituées par l'État, qui fait de la retraite une continuité du salaire, le remplaçant aux trois quarts. Ce sont ces régimes qui deviendront les régimes spéciaux.

Pendant que le gouvernement allemand institue une retraite par répartition pour l'ensemble des salariés pendant la décennie 1880-1890, la bourgeoisie française refuse avec acharnement la mise en place d'un régime général de retraite. À la place, ce sont le mouvement mutualiste et les caisses de prévoyance qui mettent en place de multiples régimes de retraite sur une base professionnelle.

En 1910, l'État crée des retraites ouvrières et paysannes non obli-

gatoires et par capitalisation, qui sont un échec. En 1928, un système obligatoire d'« assurances sociales » est mis en place, mêlant capitalisation et répartition. Il donne de faibles pensions et tombe en faillite pendant la deuxième guerre mondiale. Ce n'est qu'au lendemain de la guerre que le Conseil national de la Résistance met en place un système par répartition, le « Régime général de sécurité sociale ». La France, après 1945, se trouve dans une situation catastrophique et néanmoins la Sécurité sociale est créée. Les indépendants, commerçants et artisans ne souhaitent pas bénéficier de ce régime de retraite.

Au lieu d'étendre à l'ensemble du monde travail le principe d'une retraite par répartition continuant le salaire à hauteur de 75 %, le régime d'assurance vieillesse de la Sécurité sociale prévoit en 1945 une retraite de 40 % au maximum du salaire à 65 ans, avec une décote de 4 % du salaire par an, donc une pension de 20 % du salaire à 60 ans. Ces conditions étaient inacceptables pour les travailleurs relevant des régimes « historiques », qui se sont maintenus et à cette occasion sont devenus « spéciaux ». Une dérogation leur a été accordée le temps que la Sécurité sociale améliore ses prestations au même niveau qu'eux, ce qui n'est pas arrivé puisque la pension n'est montée qu'à 50 % du salaire.

La bourgeoisie française n'a accepté le principe d'une retraite par répartition à 75 % du salaire qu'avec la mise en place des retraites complémentaire Agirc pour les cadres en 1947 et Arrco pour les ouvriers et employés en 1961.

Les réformes des retraites des trente dernières années ont abouti à une baisse des retraites et à une remise en cause d'une retraite à 75 % du salaire, aussi bien pour le privé (indexation sur l'inflation et plus sur le salaire) que pour le public (augmentation de la part de primes non cotisées).

La disparition des régimes spéciaux dans un régime unique par points ferait totalement disparaître la notion même que la pension de retraite devrait être la continuation du salaire perçu en activité à hauteur de 75 %. On aurait un total de points à la valeur incertaine.

La réforme ne propose pas de revenir à un système par capitalisation. Pour autant, un calcul de la retraite seulement par points liquide l'idée que la retraite est la continuation du salaire.

La suppression des régimes spéciaux n'est pas pour le gouvernement une question de justice, c'est une volonté de changer la nature de la retraite comme salaire continué, ainsi qu'une volonté de baisser les dépenses sociales à la charge de l'État pour alourdir celles à la charge des salariés qui dominent.

Le régime actuel peut évoluer, dans les annuités, dans l'âge de départ à la retraite, dans le calcul du montant des pensions, en s'alignant sur les régimes spéciaux. Le système actuel n'exclut pas l'universalité de l'objectif : maintenir le niveau de vie précédant le départ en retraite par une pension de 75 % du salaire, aussi bien pour le privé, avec un calcul sur les dix meilleures années, que pour le public avec un calcul sur les six derniers mois de carrière. Les non-salariés relèvent de conditions propres avec le même objectif de maintien du niveau de vie.

LA FABLE DU « PRIVILÈGE DES FONCTIONNAIRES »

Si le taux de remplacement du salaire est calculé, dans le privé, sur les vingt-cinq 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 aujourd'hui inférieur à celui du privé, notamment parce que les primes que touchent certains fonctionnaires ne rentrent pas en ligne de compte dans ce calcul.

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

Pour une Sécurité sociale du **xxi^e** siècle

Travail et santé, indissociablement liés

AUX ORIGINES DU « MAL-ÊTRE AU TRAVAIL »...IL Y A LES ORGANISATIONS DU TRAVAIL

Nous sommes confrontés à un vrai paradoxe. Nous n'avons jamais autant parlé de « bien être et qualité de vie au travail » et « dans le même temps », les protections vis-à-vis des salariés sont attaquées de toutes parts, le Code du travail vidé de sa substance, la prévention et le contrôle des risques liés au travail mis à mal avec la fin des CHSCT et la future réforme issue du rapport Lecocq... Les salariés vont de plus en plus mal : stress, *burn-out*, suicides se multiplient. Cette logique ultralibérale a pour but une rationalisation sans fin qui se soucie peu des dégâts humains que cela engendre.

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 et dans de bonnes conditions. 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.

Les organisations de travail ont pour objectif un rendement toujours plus élevé. Pour cela, il est nécessaire de contrôler les salariés pour mieux les exploiter. Une des premières armes va être l'individualisation de la gestion du personnel pour contrecarrer la capacité de contestation des salariés. Dans ce but, les directions ont détruit les collectifs de travail et isolé le salarié en individualisant sa relation à l'entreprise et au travail. Le télétravail, s'il n'est pas fortement encadré, contribue à cet isolement et individualisation.

À ces nouvelles méthodes de gestion des relations humaines viennent s'ajouter des politiques centrées sur une logique du changement permanent, de performance et de course aux chiffres, qui ont des conséquences désastreuses sur la santé des salariés.

La « politique du changement permanent » permet aux directions

de déposséder les salariés de leur professionnalisme et de fait, du pouvoir de s'opposer. Ce contexte d'isolement, de perte de sens dans son travail et d'insécurité permanente génère une souffrance au travail et des risques psychosociaux.

Pour autant, plus la charge de travail augmente, plus on parle de liberté et d'épanouissement personnel. L'important est de faire adhérer le salarié aux valeurs de l'entreprise, qui doit devenir un lieu pacifié où le lien de subordination est nié. Le salarié est appelé « collaborateur » et on le maintient dans l'illusion qu'il est considéré au même niveau que l'employeur. Il doit se donner pour l'entreprise comme si c'était la sienne.

Et pour y parvenir, dans la droite ligne de grands groupes américains de la nouvelle économie (Apple, Google...), les entreprises développent toute une artillerie d'outils qui tendent à faire du lieu de travail un lieu convivial, avec salle de détente, de sport... Derrière un discours sur le bien-être au travail, l'épanouissement des salariés, ce sont des méthodes au service de la rentabilité qui se développent. Pour y parvenir, l'aliénation est nécessaire. Ne

soyons donc pas dupes de ces discours, ne laissons pas nos conditions de travail et notre santé aux mains des employeurs et créons le rapport de force qui nous permette de travailler dans des conditions décentes et respectueuses de chacun.

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

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 au chapitre 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 les organisations de travail et leur conséquence 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.

NOTRE SANTÉ N'A PAS DE PRIX

Amiante, plomb, pesticides, produits chimiques... Les exemples d'entreprises polluantes sont nombreux. Chacun sait que ces émanations attaquent gravement la santé des salariés, leur espérance de vie et celle des populations environnantes. Faute 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.

On ne peut se contenter d'une conception uniquement réparatrice, qui, en échange de conditions de travail pénibles, dégradées et dangereuses pour la santé, ne propose que des contreparties financières. Il est indispensable qu'il y ait une vraie politique qui s'attaque aux conditions de travail pénibles et dégradées.

Il est 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.

C'est pourquoi nous devons redonner à la Sécurité sociale tout son poids de contrôle et de prévention. La réparation et la prévention ne s'opposent pas, il faut au contraire renforcer le lien entre cotisation calculée sur la réparation et la prévention afin que les services de préventions des Carsat puissent jouer pleinement leur rôle.

Pour les services de santé au travail, l'impasse des réformes successives plaide pour leur intégration dans la Sécurité sociale. Il faut s'attaquer aux inégalités sociales car elles 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.

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 ».

Assurance chômage

La CGT propose une Sécurité sociale du XXI^e siècle : **un nouveau statut du travail salarié (NSTS)** et une sécurité sociale professionnelle qui garantissent un revenu de remplacement pour toutes celles et tous ceux qui sont privés d'emploi à un moment ou un autre de leur vie professionnelle. Elle rappelle que **le droit au travail** est inscrit dans la Constitution de 1946 et dans l'article 23 de la Déclaration des droits de l'Homme sur laquelle celle-ci est fondée.

Cela signifie la mise en place d'**un revenu de remplacement** pour toutes celles et tous ceux qui en sont privés, à la hauteur de celui perçu sur l'emploi précédent. De fait, le NSTS supprime le risque « chômage » en assurant cette continuité de revenu attachée à la personne, des études jusqu'au décès. Mais des étapes sont nécessaires. Alors que les droits à l'assurance chômage sont amputés depuis quarante ans, particulièrement pour les travailleurs précaires (CDD, saisonniers, intérimaires... voir l'étude Ires/CGT de Mathieu Grégoire et Claire Vivès), alors que la crise de la Covid-19 a fait reculer le gouvernement et renoncer au durcissement de 2019 et 2020, nous menons la bataille pour élargir le nombre d'allocataires parmi les travailleuses et travailleurs privés d'emploi.

Dans cette optique, un rétablis-

sement de la cotisation salariale ainsi que la suppression de la CSG sont nécessaires.

La lutte contre la précarité et pour l'emploi ne peut se résumer à quelques aménagements de cotisations dans certaines branches : il faut un plan pour l'éradiquer, sous toutes ses formes. Les propositions pour l'emploi vont de pair avec la protection sociale : tout le contraire du double chantage que nous connaissons, chantage à l'emploi avec le risque du chômage, chantage à la baisse des droits à protection sociale, alimenté par le chantage à l'endettement très bien organisé.

Le chômage frappe massivement les travailleurs. Fin 2019, 6,5 millions de salariés étaient inscrits sur la liste des demandeurs d'emploi de Pôle emploi. Fin 2020, les prévisions anticipent de 900 000 à un million de chômeurs supplémentaires. La situation du chômage est particulièrement insupportable au regard de l'objectif **d'égalité entre femmes et hommes**. Les femmes sont touchées massivement par les temps partiels subis (31 % des femmes à temps partiel pour 8 % des hommes selon la Dares), en plus de subir la répercussion sur les allocations des salaires minorés et des carrières empêchées. Le **chômage des jeunes**, déjà un fléau avant la crise – d'autant

plus que la majorité d'entre eux ne sont pas indemnisés – risque de prendre une ampleur inégalée, sans mesures spécifiques.

La CGT propose plusieurs axes de réforme de l'indemnisation des demandeurs d'emploi, première étape vers l'indemnisation pour toutes et tous. Ces axes passent par une extension des droits et non une baisse. Toutes les études sur la baisse des droits, comme la dégressivité, ont montré qu'elles poussaient, pour une part, à la reprise vers des emplois précaires et, de façon générale, à l'inadéquation entre les emplois repris et les attentes des personnes, particulièrement des cadres pour lesquels le *turn-over* est accéléré (voir le travail des économistes atterrés A. Fretel, B. Coquet sur les « Réformes du marché du travail, des réformes contre l'emploi »).

Nous revendiquons lors des précédentes négociations les étapes suivantes :

- un seuil d'ouverture de droits à deux mois pour les primo-entrants ;
- des droits d'une durée de trente-six mois avant 50 ans et pour soixante mois ensuite ;
- l'égalité salariale en trois ans entre femmes et hommes ;
- la fin des exemptions et exonérations ;
- une surcotisation patronale,

acquittée notamment par les donneurs d'ordres plutôt que par les sous-traitants. Les grands groupes tirent en effet profit de la précarité qu'ils imposent surtout à leur réseau de sous-traitants.

Depuis la création de l'Unedic en 1958, l'assurance chômage ne fait pas partie des risques couverts par la Sécurité sociale. La CGT revendique son intégration dans une Sécurité sociale gérée par les travailleuses et les travailleurs et refuse une « étatisation » qui continuerait d'exclure celles-ci et ceux-ci de la définition des règles et de leur gestion.

Le principal intérêt de la sécurité sociale professionnelle est qu'elle permet de rompre avec les notions de perte d'emploi et d'indemnités compensatrices au profit d'une conception de maintien dans l'emploi, de formation, de continuité et de progression de carrière. Actuellement, un salarié ou une salariée qui change d'emploi volontairement ou sous la contrainte perd la quasi-totalité de ses droits, ce changement d'emploi faisant souvent abstraction des qualifications et expériences professionnelles acquises et des droits sociaux antérieurs. La CGT revendique que les salariés conservent l'intégralité de leurs droits jusqu'à l'obtention d'un nouvel emploi. Ces droits seraient ainsi préservés durant toute la période de chômage en vertu de leur transférabilité. Ils seraient ensuite recouverts dans le nouvel emploi et s'imposeraient donc au nouvel employeur. La formation professionnelle continue, tout comme l'éducation, doit contribuer à l'émancipation de chacun, salariés comme privés d'emploi. Pour ce faire, la CGT propose d'adosser à la sécurité sociale professionnelle un service public de l'emploi garantissant l'égalité d'accès sur le territoire à

une formation qualifiante et rémunérée, proposant hébergement et restauration à celles et ceux qui en ont le plus besoin. Cette proposition s'inscrit dans une dynamique de lutttes contre tout le processus d'exclusion, pour une politique de prévention de la désinsertion professionnelle.

La base du financement de la Sécurité sociale est le salaire socialisé : le financement de la Sécurité sociale repose principalement sur les cotisations sociales assises sur les salaires qui rétribuent la force de travail. Ce ne sont pas des charges, mais la part socialisée du salaire qui est mutualisée entre les salariés pour répondre aux besoins sociaux. Ces dépenses sont donc financées par le travail des salariés comme leur salaire direct. De fait, il n'existe pas de différence entre les cotisations des salariés et les cotisations patronales. Aussi, chaque exonération de cotisation dépouille le salarié d'une partie de son salaire socialisé. Il est donc indispensable de mettre fin à tout système d'exonération afin de pouvoir garantir à chacun un haut niveau de protection sociale. La part des salaires dans la valeur ajoutée s'est réduite alors que la part des profits a considérablement augmenté.

LA SÉCURITÉ SOCIALE PROFESSIONNELLE ET SON FINANCEMENT

Le NSTS et la sécurité sociale professionnelle vont de pair avec le plein-emploi de qualité, comme il est décrit précédemment. Cette revendication impose de nouvelles logiques de solidarité, afin de gagner des nouveaux droits attachés à la personne tout au long de la vie professionnelle pour en faire un outil d'évolution professionnelle, opposable à l'employeur, transférable, uni-

versel, qui concernent tous les salariés ou travailleurs (ubérisés, micro-entrepreneurs, prestataires, sous-traitants...). Ces droits doivent prendre en compte les années d'études jusqu'à la retraite, ce qui permet de poser le droit à la retraite comme une nouvelle étape dans sa vie professionnelle, de citoyen ou citoyenne à part entière. Pour la CGT, il faut assurer l'égalité entre les jeunes. Pour ce faire, elle porte la revendication d'une formation initiale tout au long de sa vie qui garantirait le droit, pour ceux et celles qui sont entrés dans le monde du travail sans avoir fait d'études supérieures, de retourner en formation pour évoluer professionnellement. Les travailleurs n'ayant pu accéder, plus jeunes, à la formation initiale, doivent pouvoir bénéficier également de la prise en compte, pour leurs futurs droits à la retraite, de trois années consacrées à la qualification au cours de leur parcours professionnel. Cela s'insère dans la « sécurité sociale professionnelle », ce qui est de nature à poser la question de la continuité du droit à occuper un emploi, à acquérir des qualifications nouvelles et à percevoir une rémunération en progression tout au long de sa vie. Seule la mise en place d'un véritable service public de l'emploi permettra d'accompagner les travailleurs tout au long de leur carrière professionnelle et de garantir des formations de qualité permettant ascension sociale et émancipation, tout en rompant avec la marchandisation ambiante de la formation. Sa création permettra également de favoriser les stratégies de réindustrialisation, de reconversions individuelles et/ou collectives, notamment dans le cadre de la transition écologique ou des métiers d'avenir.

Un engagement de toute la CGT sur le champ complémentaire

La démarche de reconquête de la Sécurité sociale implique un engagement de toute la CGT sur le champ complémentaire, car dans ce domaine des changements majeurs sont à l'œuvre.

Un processus de reconquête de la Sécurité sociale à 100 % passe par une maîtrise des évolutions du champ de la protection sociale complémentaire. Il s'agit également d'un terrain où mener la bataille sociale et des idées pour réaffirmer le rôle fondamental de la Sécurité sociale et, à ce jour, une stricte complémentarité, quand la Sécurité sociale ne couvre pas les dépenses, des autres intervenants de la protection sociale.

AUX ORIGINES

Au XVIII^e siècle, la naissance de la mutualité exprime un besoin de solidarité et d'égalité face aux aléas de la vie et aux nécessités quotidiennes. Le succès de cette ambition fait qu'à la fin du XIX^e siècle, il y aura 3 millions d'adhérents. Dans le même temps, les premières sociétés capitalistes d'assurances se constituent, car elles sont conscientes d'un marché à venir, pendant que l'État républicain donnera des statuts aux mutuelles. En 1945, le programme du Conseil national de la Résistance crée le régime de Sécurité sociale, pensé comme

universel et confié aux forces syndicales. Mais cette généralisation est très vite contestée par diverses catégories sociales, attachées à leur régime particulier. Si les mutualistes adhèrent aux grandes lignes du projet, ils rejettent en revanche le principe de la caisse unique impliquant la suppression de leurs caisses. Un compromis est trouvé : la mutualité reconnaît formellement la Sécurité sociale et, en contrepartie, elle obtient le droit de gérer certains de ses organismes. Par exemple, les grandes mutuelles de la fonction publique récemment créées mettent à profit ce droit délégataire grâce à la loi du 9 avril 1947. Aujourd'hui, les directives « assurance européenne » impliquent des contraintes fortes en matière de ratios de solvabilité et d'affectation des ressources. À ce titre, face aux mêmes exigences de solvabilité, la question du but lucratif ou non lucratif est obérée. De plus, face à la concurrence des assureurs privés, les mutuelles sont de plus en plus acculées et abandonnent leur positionnement originel de solidarité et d'égalité pour adopter leurs pratiques : transformations des groupes, adossement, fusions, tarification en fonction du risque et non des revenus, abandon de la solidarité intergénérationnelle ou intercatégorielle...

L'ENGAGEMENT DE LA CGT

Face à tous ces phénomènes, la CGT doit développer et renforcer son engagement sur le champ complémentaire, car les cotisations des salariés et fonctionnaires sur la prévoyance représentent près de 30 milliards d'euros. Il faut donc que le syndicat s'intéresse et suive l'utilisation de ces cotisations qui représentent plus que le budget de l'enseignement supérieur et de la recherche (25,1 milliards d'euros en 2018). Celles-ci devraient augmenter en 2019 du fait de la réforme connue sous le nom de réforme du « reste à charge zéro ». Le développement des contrats collectifs sous forme de contrats dits « responsables » et imposés par la réglementation dans le privé d'une part, et les procédures de référencement dans la fonction publique d'État d'autre part ont pu renforcer le rôle et l'intervention des syndicats. Ils ont été renforcés à la fois dans l'amélioration, l'obtention de nouveaux droits sociaux et la défense des niveaux de protection sociale complémentaire des salariés et agents, ainsi dans les choix des organismes assurant les régimes de branches professionnelles, d'entreprises et de la fonction publique. Notre corps militant est déjà engagé dans le domaine de la protection sociale. Près de

200 militants de la CGT négocient des accords collectifs dans les branches professionnelles, plusieurs milliers au niveau des entreprises, ministères, administrations et collectivités locales et plus de 300 sont présents dans les organes de gouvernance et décisions des organismes complémentaires non

lucratifs (mutuelles et groupe de protection sociale).

Les risques de prévoyance sont assurés par des organismes complémentaires qui prennent en charge 13,2 % des dépenses de santé. Ils sont financés par les salariés et fonctionnaires au travers des cotisations qu'ils versent

à ces organismes, en complément ou non de la participation de leur employeur, selon qu'ils exercent dans le privé ou dans le public. Ces organismes complémentaires sont composés d'une part des organismes non lucratifs et d'autre part des organismes lucratifs.

Fonctionnement des complémentaires

ORGANISMES NON LUCRATIFS

Les mutuelles

- démocratie : une personne = une voix, indépendamment du nombre de contrats souscrits ou de leur importance ;
- non-lucrativité : elles appartiennent à leurs adhérents et n'ont donc pas d'actionnaires à rémunérer. Les mutuelles ont été créées avant la mise en œuvre de la Sécurité sociale en 1946. Certaines d'entre elles ont continué à gérer par délégation le régime obligatoire de la Sécurité sociale, notamment les mutuelles de fonctionnaires et étudiantes. Elles sont confrontées aujourd'hui à un mouvement de rapprochements. Elles ont fondé au fil des années de nombreuses réalisations sanitaires et sociales. Certaines d'entre elles proposent des contrats collectifs en prévoyance, au-delà de la santé.

Les institutions de prévoyance :

- paritarisme : les représentants des employeurs et salariés adhérents à l'institution de prévoyance composent à parité les conseils d'administration ;
- non-lucrativité : elles appartiennent à leurs adhérents et salariés affiliés et n'ont donc pas d'actionnaires à rémunérer. Les institutions de prévoyance sont l'émanation des caisses de retraite qui ont été fondées à l'origine sur une base professionnelle ou territoriale. Historiquement, l'activité de prévoyance lourde (risques d'arrêt de travail, d'invalidité et de décès) a été créée pour éviter une perte de revenu du foyer en cas d'arrêt de travail ou de décès du salarié ou agent.

En raison de leurs caractéristiques (démocratie mutualiste, participation à la gouvernance, proximité avec les branches professionnelles, non-lucrativité et absence d'actionnaires), la CGT les privilégie par rapport aux organismes lucratifs.

LES ORGANISMES LUCRATIFS

Il s'agit des compagnies d'assurances, sous forme de sociétés anonymes, souvent qualifiées « d'assureurs ». Elles appartiennent à leurs actionnaires, qui sont rémunérés par des dividendes prélevés sur les bénéfices, au détriment des salaires et des conditions de travail de leurs salariés, ou d'une amélioration des prestations et/ou de l'investissement des excédents dans l'entreprise.

En 2017, 500 mutuelles assuraient en volume 41,3 % de l'activité de complémentaire santé, mais en diminution régulière au profit des 280 compagnies d'assurances qui représentent 32,4 % du total contre 26,3 % pour les 36 institutions de prévoyance – dont le poids demeure relativement stable.

**III /
Un financement
à la hauteur
de nos
ambitions et
pour une vraie
démocratie
sociale**

La CSG : de la cotisation à l'impôt injuste

DE LA COTISATION SOCIALE À L'IMPÔT

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 sociale 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 la dette accumulée du fait des déficits de la Sécurité sociale non financés

depuis le début des années 1990. Ces deux contributions sont prélevées directement sur les revenus du travail et du patrimoine des ménages.

Toute personne domiciliée en France et rattachée à un régime français de Sécurité sociale est assujettie à la CSG. 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 placements (revenus fonciers, rentes viagères, valeurs s...) et les sommes mises et redistribuées par les jeux. Mais la CSG met à contribution principalement les

revenus du travail (± 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).

UN IMPÔT « HYBRIDE »

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
3,8 ; 6,6 ; 8,3 %	Pensions de retraite et d'invalidité (en fonction des revenus)
6,2 %	Indemnités chômage
9,2 %	Revenus du patrimoine et de placement
9,5 %	Sommes mises et redistribuées dans les jeux

La CSG est affectée à la branche famille, au fonds de solidarité vieillesse, à la branche maladie de la Sécurité sociale, à la Caisse nationale

de solidarité pour l'autonomie, et depuis 2019 à l'assurance chômage. Une fraction de CSG sert également au remboursement

de la dette sociale portée par la Cades (Caisse d'amortissement de la dette sociale), en complément de la CRDS (contribution au rem-

boursement de la dette sociale). L'affectation du produit de la CSG aux différentes branches de la protection sociale varie selon la nature des revenus, et est traçable au centime près.

LE TOUR DE PASSE-PASSE DE 2018

En 2018, pour donner l'illusion d'une hausse du pouvoir d'achat, le gouvernement a fait sauter deux cotisations sociales salariales. Ainsi la cotisation d'assurance chômage et celle de l'assurance maladie, qui avaient déjà subi une réduction, ont été définitivement ramenées à zéro. Si le salaire net à payer a évolué, ce n'est pas une augmentation de salaire. Il s'agit en fait d'un transfert d'une partie du salaire socialisé vers le net à payer, un système de vases communicants où l'on prend du salaire d'un côté pour le basculer de l'autre (17,36 euros par mois pour un salarié au Smic, soit 208,26 euros par an). D'autant que pour compenser la baisse de ressources subie par l'Unedic, le gouvernement a augmenté de 1,7 point la CSG pour les actifs. Cette hausse de la CSG s'est aussi appliquée aux fonctionnaires et indépendants qui n'ont pas bénéficié de la suppression des cotisations qui n'existaient pas dans leur régime. Les retraités ont aussi été mis à contribution au nom de la solidarité intergénérationnelle. Seuls les retraités ayant un

revenu brut inférieur à 2000 euros ont été exclus du dispositif grâce à une forte mobilisation. Enfin, ce tour de passe-passe est d'autant plus illusoire que contrairement à une cotisation sociale, une partie de la CSG entre dans le revenu imposable, donc se traduit, dans les faits, par une hausse de l'impôt sur le revenu et par conséquent modifie l'octroi des aides sociales en cas de dépassement des seuils d'imposition.

FISCALISATION DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE « EN MARCHÉ » ?

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. En 2018, la CSG représentait 23 % des recettes des régimes de base de Sécurité sociale et du fonds de solidarité vieillesse (rapport de novembre 2019 de la Commission des comptes de la Sécurité sociale).

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-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.

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 caractéristiques 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 (patronale et salariale) ;
- la part correspondant aux revenus financiers des particuliers deviendrait une contribution sociale à laquelle les revenus financiers des entreprises seraient également soumis.

Quel financement de la solidarité ?

DES DÉPENSES DE SOLIDARITÉ EN BERNE

Depuis trente ans, les gouvernements successifs et le patronat n'ont eu de cesse 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 (Ondam) 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, réduction 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...

À L'ORIGINE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, LE SALAIRE SOCIALISÉ

Le financement de la Sécurité sociale repose toujours 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. Elles sont mutualisées 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'augmente 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.

UN PILLAGE DES COTISATIONS SOCIALES

Depuis une vingtaine d'années, les exonérations de cotisations sociales se sont multipliées. De 2010 à 2016, leur montant était de l'ordre de 25 à 30 milliards d'euros par an. Elles ont ensuite explosé, pour atteindre 39 milliards en 2017, 40 milliards en 2018 et 66 milliards en 2019, principalement sous l'effet de la transformation du CICE en baisse de cotisations sociales (baisse de 6 points de la cotisation patronale d'assurance maladie jusqu'à 2,5 Smic).

Récapitulatif des exonérations de cotisations sociales (en milliards d'euros)		
	2018	2019
Allègements généraux	33,0	58,3
Total des allègements généraux sur les bas salaires	23,8	26,8
Dont réduction générale de Sécurité sociale	23,2	19,6
Dont réduction retraites complémentaires et assurance chômage		6,6
Réduction de 6 points de la cotisation patronale d'assurance maladie		22,0
Baisse du taux d'allocations familiales des salariés	7,5	7,7
Baisse du taux d'allocations familiales des travailleurs indépendants	1,0	1,1
Baisse du taux de cotisation maladie des travailleurs indépendants	0,6	0,7
Exonérations ciblées	7,2	7,9
Dont mesures compensées	6,3	6,9
Dont mesures non compensées	0,9	1
Autres mesures non compensées		
Exonération heures supplémentaires		1,8
Prime de 1 000 € « gilets jaunes »		0,4
Baisse forfait social		0,6
Total mesures non compensées	0,9	3,1
Total général	40,2	66,2

Source : rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de septembre 2019

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).

À la suite de la transformation du CICE en baisse de cotisations sociales, les cotisations patronales de retraite complémentaire et d'assurance chômage font également l'objet d'une exonération progressive. Au niveau du Smic, il n'y a quasiment plus de cotisations employeurs au titre de l'ensemble de la protection sociale !

DES EXONÉRATIONS FINANÇÉES PAR LA TVA ET SUBSIDIAIREMENT 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. Jusqu'à 2018, elles étaient essentiellement financées par des taxes sur le tabac et l'alcool, et par la taxe sur les salaires qui est supportée principalement le budget de l'hôpital public. À partir de 2019, ces exonérations sont majoritairement financées par la TVA, à hauteur de plus de 40 milliards d'euros, soit le quart du produit de la TVA.

Les cotisations exonérées ne sont pas financées par les entreprises – qui sont les grandes gagnantes de ce « tour de passe-passe » – mais principalement par des impôts indirects assis sur la consommation des ménages. 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.

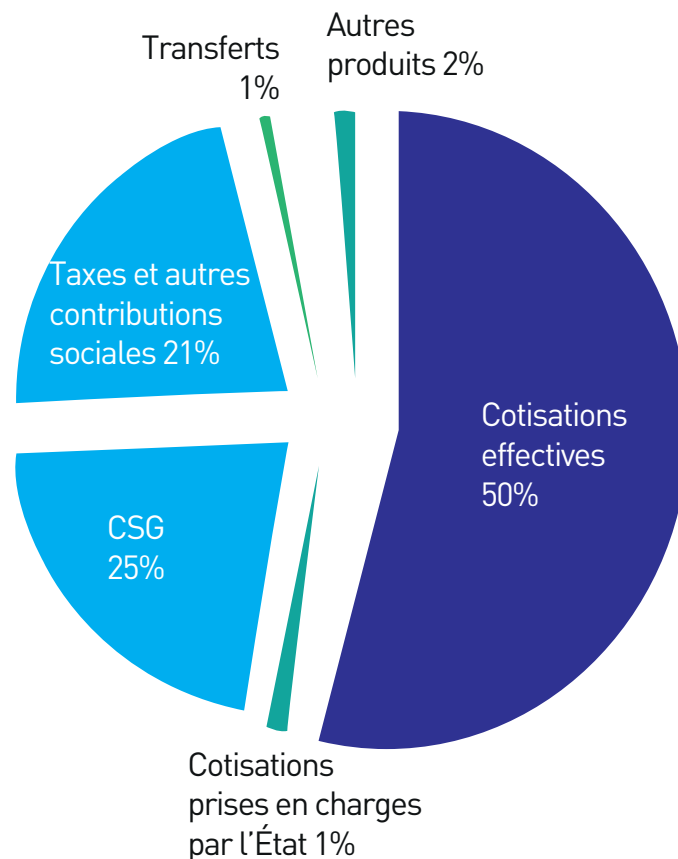
En revanche, certains éléments de la rémunération de la force de travail comme l'intéressement, la participation, les primes pour les agents de la fonction publique

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, 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. Ainsi, en 2018, les cotisations salariales à l'assurance chômage ont été transférées sur la CSG, ce qui représente un transfert de 14 milliards d'euros.

En 2019, les cotisations sociales ne représentaient plus que la moitié des ressources de la Sécurité sociale.

RÉPARTITION DES RECETTES DU RÉGIME GÉNÉRAL ET DU FONDS DE SOLIDARITÉ VIEILLESSE PAR CATÉGORIES DE RECETTES EN 2019



Source : rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, juin 2020

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 : 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.

REPENSER LE CALCUL DES COTISATIONS PATRONALES

Contrairement au discours du gouvernement, 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 2019 du versement de dividendes aux actionnaires, avec plus de 60 milliards d'euros distribués. Entre 2009 et 2018, les entreprises du CAC 40 ont distribué près de 500 milliards de

- dividendes, soit 71 % de leurs bénéfices ;
- le produit intérieur brut (la richesse produite par les travailleurs en un an) atteint les 2 427 milliards d'euros en 2019 (plus de 2000 milliards en 2020 malgré la crise de la Covid-19). 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.

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 ?

- **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 ;
- **réaliser l'égalité salariale femmes-hommes** : l'égalité salariale femmes-hommes rapporterait à terme hausse des cotisations sociales (salariales et patronales) plus de 20 milliards d'euros (source : Fondation concorde, 2017) ;
- **supprimer les exonérations de cotisations patronales** ;
- **déplafonner les cotisations salariales et patronales** ;
- **transformer la CSG en cotisation salariale et patronale** ;
- **soumettre à cotisations sociales les fonds d'épargne salariale** : l'intéressement, les primes, 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 ;
- **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.

Des frais de gestions diminués

Les frais de gestion sont modérés pour le régime général, mais au contraire très élevés pour les complémentaires. En 2018, les frais de gestion du régime général se sont élevés à 7,3 milliards d'euros, alors qu'ils ont représenté 7,5 milliards pour les organismes complémentaires pris dans leur ensemble (mutuelles, institutions de prévoyance et assurances commerciales)¹. En pourcentage de l'enveloppe des frais de gestion, la part des organismes complémentaires privés s'élève à plus de 20 % contre 3,4 % pour la Sécurité sociale. Selon l'ACPR², ces charges correspondent à 8 % des cotisations pour les frais d'administration, 8 % pour les frais d'acquisition (publicité, etc.) et 4 % pour les frais de gestion des sinistres. Les frais de gestion les plus élevés sont ceux des assurances commerciales (22 %), les plus faibles ceux des institutions de prévoyance (16 %),

les mutuelles étant dans une situation intermédiaire (19 %).

Dans une Sécurité sociale « collectivité et payeuse unique », une grande partie de ces frais disparaîtrait. Il n'y aurait pour l'essentiel plus de coûts d'acquisition qui tiennent à une situation concurrentielle. Par ailleurs, ces coûts de gestion correspondent pour une grande part à la nécessité de financer le « coût du capital » (rémunération des actionnaires pour les assurances, mais aussi ratios prudentiels dits de Solvency 25 pour l'ensemble des acteurs du secteur, financés pour partie sur les marchés financiers – titres obligataires ou hybrides comme les TSDI³).

En première approximation, ces coûts de gestion pourraient être compris dans une fourchette de 0,5 % des prestations versées et des cotisations recouvrées, comme c'est le cas dans le régime d'Alsace-Moselle (soit 1 % au total), et

une augmentation de 17 % tenant à l'élargissement de périmètre remboursé (1,5 milliard d'euros soit une baisse de 80 % par rapport aux coûts de gestion actuels des complémentaires). Notons que cette augmentation des frais de gestion serait nécessaire pour compenser les conséquences des diminutions d'effectifs considérables à la Sécurité sociale consécutive aux COG successives et pour faire face à une augmentation de l'activité, permettant également un transfert de personnels des complémentaires. L'hypothèse sous-jacente est que l'augmentation de l'emploi serait parallèle à la hausse de l'activité (augmentation des prestations services par la Sécurité sociale), ce qui représenterait près de 14 000 emplois nets. Les besoins de financement au total donc compris dans une fourchette 30/35 milliards d'euros.

1. Source : Drees, « Les dépenses de santé en 2018 – résultats des comptes de la Santé ».

2. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution. C'est l'organisme public qui contrôle les compagnies d'assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance.

3. TSDI : titres subordonnés à durée indéterminée. C'est un produit financier intermédiaire entre les actions et obligations.

Démocratie sociale

L'ordonnance du 4 octobre 1945, qui a créé la Sécurité sociale, définit la Sécurité sociale comme « *un service public dont la gestion est confiée à ses usagers* ».

Ce principe d'origine, qui est cohérent avec son mode de financement par le salaire socialisé comme avec son objectif de mutualisation de la réponse aux besoins constitutifs de la Sécurité sociale, est plus que jamais d'actualité.

Depuis sa création, le régime général de la Sécurité sociale subit le feu des « réformateurs » de tout poil. Comment expliquer cet acharnement ? C'est qu'au-delà de l'assurance sociale, la Sécurité sociale a été pensée comme un outil d'émancipation du salariat géré par les travailleurs. À l'origine, cet outil s'est incarné dans le principe d'élection des administrateurs des caisses de Sécurité sociale par les assurés sociaux, représentants des assurés qui étaient majoritaires dans les conseils d'administration (les syndicats élaient deux fois plus de représentants que le patronat dans les caisses primaires).

Le patronat, qui était donc minoritaire dans les conseils d'administration, n'a eu de cesse de remettre en cause ce principe largement aidé par le pouvoir politique :

- contrôle financier (1948), mise sous tutelle des caisses déficitaires (1950), création de l'Inspection générale de la Sécurité sociale (1960), réduction des pouvoirs des conseils et professionnalisation des dirigeants des caisses (1960) ;

- un cap est franchi avec les ordonnances Jeanneney (ministre du gouvernement Pompidou) en 1967. Notons que cette réforme est portée par le Conseil national du patronat français et par Force ouvrière. Elles remettent en cause l'élection des administrateurs, instituent le « paritarisme » (autant de représentants des salariés que des employeurs) et divisent la Sécurité sociale en 4 branches (maladie, vieillesse, famille et recouvrement), chapeautées par des Caisses nationales qui sont des établissements publics dépendant du pouvoir politique. Pierre Laroque a pu dire à la fin de sa vie que cette réforme avait abouti à « *donner les clefs de la Sécurité sociale au patronat* » ;
- dans le cadre du plan Juppé de 1995, les lois de financement de la Sécurité sociale ont été créées, véritable budget de la Sécurité sociale voté par le Parlement, ainsi que les conventions d'orientations et de gestion (COG) qui encadrent la gestion de chaque branche dans un cadre pluriannuel, conclues entre l'État et les Caisses nationales, étatisant toujours plus la gestion de la Sécurité sociale ;
- enfin, la réforme de l'assurance maladie de 2004 (dite Douste-Blazy) a conduit à concentrer les pouvoirs entre les mains d'un directeur

général nommé par l'État. Ce changement de philosophie s'est manifesté dans le vocabulaire employé : les conseils d'administration de la Cnam et des CPAM sont devenus « conseils » (sans autre précision), et les administrateurs sont devenus des conseillers, tandis que le directeur prenait le titre de directeur général. Notons que même si cette terminologie n'est pas employée dans les autres branches, c'est la même conception qui préside à leur gestion.

Pour la CGT, la Sécurité sociale intégrale implique de remettre la démocratie sociale au centre de la gestion de la Sécurité sociale.

C'est pourquoi nous revendiquons :

- **le retour à des conseils d'administration élus directement par les assurés sociaux**, qui y redeviendraient donc majoritaires, tant à l'échelon national qu'à l'échelon local ;
- **le rétablissement de conseils d'administration de plein exercice**, qui retrouveraient l'intégralité de leurs compétences, c'est-à-dire qu'ils exerceraient une compétence générale dans l'ensemble de leur champ de compétence, ce que les juristes appellent « *une clause générale de compétence* », le directeur (qui serait désigné par le conseil d'administration) aurait un rôle d'exécution des décisions du conseil, les administrateurs redevenant des administrateurs à part entière.

La Sécurité sociale intégrale, nous y avons droit !

**Catherine Perret,
membre du bureau confédéral de la CGT**

Les réformes gouvernementales successives attaquent les fondements des principes de solidarité de la Sécurité sociale, soit en la fragilisant par toujours plus d'exonérations de cotisations, soit par la remise en cause de l'accès aux droits pour tous (ainsi en est-il du projet de réforme de retraite universelle à points que nous avons combattu ces derniers mois). 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 par les travailleurs 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.

La récente crise sanitaire a aussi démontré l'importance de la Sécurité sociale pour protéger la santé de chacune et chacun d'entre nous.

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. Combattons la création de la 5^e branche voulue par le gouvernement Macron, car ce projet est dangereux et ne correspond pas aux attentes des salariés. En effet, l'autonomie des personnes âgées ou en situation de handicap doit être rattachée à l'assurance maladie et fondée sur les cotisations sociales, pas sur l'impôt.

La CGT mène une campagne pour l'extension du périmètre de la Sécurité sociale vers une Sécurité sociale intégrale. Ce guide nous livre les outils pour échanger et revendiquer avec nos collègues de travail. Alors, à vous d'agir pour le progrès social et le droit à plus de couverture sociale !

LE PROGRES SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL C'EST POSSIBLE ET URGENT !

