

ALPOMB

Publication de la Fédération des Salariés de la Construction, du Bois et de l'ameublement



en 1936

en 1946

les grandes
lois sociales
conquises

- congés payés
 - semaine de 40h
 - conventions collectives
 - sécurité sociale
- etc...

1967

2020

La grande
casse de la
protection
sociale

Les jours où ils ont
décidé d'effacer
la Sécurité sociale



Plus que jamais, défendons
une Sécurité Sociale intégrale,
un 100% sécu !





Sommaire

Edito	p. 2
Une casse interrompue	p. 3-13
Vers une reconquête	p. 16
Le « Ségur »	p. 18
Pourquoi une 5 ^e branche ?	p. 20

**Fédération Nationale des Salariés
de la Construction, du Bois
et de l'Ameublement - CGT**

263, rue de Paris, case 413
93514 - Montreuil Cedex
Tél. : 01 55 82 85 02
Fax : 01 48 59 10 37
www.construction.cgt.fr

Directeur de la publication :
Bruno Cornet

Photos : Fabrice Gaborieau
Olivier Lambert-Desgranges

Imprimerie :
Rivet Presse Edition
24 Rue Claude Henri Gorceix,
87280 Limoges





Bruno Bothua
Secrétaire général de la FNCSBA

Editorial

En octobre prochain, la Sécurité sociale fêtera ses 75 ans... Depuis sa création en 1945 par Ambroise Croizat, la Sécurité sociale telle qu'elle a été créée, a connu de multiples coups portés par les gouvernements successifs.

Il est loin le temps où Ambroise Croizat disait : « *dans une France libérée, nous libérerons les Français des angoisses du lendemain.* »

Aujourd'hui plus que jamais, au vu du contexte que l'on connaît et d'un président de la République qui se permettait il y a peu de faire référence « aux jours heureux », nous devons nous battre pour reconquérir notre Sécurité sociale.

Une Sécurité sociale intégrale, un 100 % sécu, un seul collecteur et payeur... Une Sécurité sociale qui renforcerait les droits existants et qui en intégrerait de nouveaux dans la branche maladie, comme la perte d'autonomie et la dépendance par exemple.

Cet aplomb sera entièrement consacré à la Sécurité sociale : de ses fondements, à sa « casse progressive », nous parlerons aussi de sa reconquête sans négliger les dossiers d'actualité qui dominent en matière de Sécurité sociale.

Bonne lecture,

Bruno BOTHUA
Secrétaire général FNCSBA



René Becchetti

« JAMAIS NOUS NE TOLÉRERONS QU'UN
SEUL DES AVANTAGES DE LA SÉCURITÉ SO-
CIALE SOIT MIS EN PÉRIL. NOUS DÉFENDRONS
À EN MOURIR ET AVEC LA DERNIÈRE ÉNERGIE
CETTE LOI HUMAINE ET DE PROGRÈS. »

AMBROISE CROIZAT

Casse ininterrompue

Comment et pourquoi en sommes-nous arrivés à cette situation ?

Quelles sont les responsabilités de ce désastre sanitaire ?

Six ex-ministres de la santé - Claude Evin, Elisabeth Hubert, Jean-François Matai, Roselyne Bachelot, Philippe Douste-Blazy et Marisol Touraine volent au secours du gouvernement en stigmatisant les « donneurs de leçon ». Point commun : leur même politique d'austérité, de maîtrise comptable des dépenses de santé. Le président LR du Sénat Gérard Larcher a apporté son soutien, ainsi qu'Olivier Faure, patron du PS. Dans une société ravagée par les inégalités, l'appel à « l'union sacrée » de sinistre mémoire deviendrait-il exigence ? « Silence dans les rangs » ?

Il n'est pas ici question de « donner des leçons » mais d'en tirer, pour acquérir de l'expérience.

Ambroise Croizat définissait la Sécurité sociale comme « le système le plus juste, le plus humain, basé sur une vraie solidarité nationale et qui permet à tous une véritable protection sociale... Une seule chose doit nous guider, mettre définitivement l'homme à l'abri du besoin, en finir avec le rejet, la souffrance et l'exclusion, l'angoisse du lendemain. » [...] « Jamais nous ne tolérerons qu'un seul des avantages de la Sécurité sociale soit mis en péril. Nous défendrons à en mourir et avec la dernière énergie cette loi humaine et de progrès. » Lors d'un débat public à Antibes un administrateur CFDT de la CPAM jugea ces propos « emphatiques ».

En mettant en place une couverture du « risque maladie » par un système socialisé, à la gestion duquel les travailleurs devaient participer par l'intermédiaire de leurs représentants syndicaux, le but était double :

- Réduire les effets du « risque maladie » pour le salarié en lui garantissant un revenu de remplacement et un accès aux soins de sorte que le droit à « la protection de la santé » proclamé dans le Préambule de la Constitution de 1946 ne reste pas une pétition de principe,

le salarié renonçant à se soigner pour travailler et subvenir à ses besoins et à ceux de sa famille.

- Éviter que les conséquences de la maladie ne renforcent la subordination du salarié à l'égard de son employeur, autrement dit éviter que chaque salarié ne soit contraint d'accepter n'importe quel travail à n'importe quel salaire, ne serait-ce que pour obtenir de la part de son employeur la couverture, fut-elle partielle, du « risque maladie ».

Si la couverture de ce risque n'était pas « déconnectée du lien salarial » - le salarié devant justifier d'une période d'emploi pour bénéficier des prestations du régime -, le bénéfice et le contenu de cette couverture étaient placés « hors champ » de la négociation individuelle entre l'employeur et le salarié au moment de la conclusion du contrat de travail ». (Note de la Fondation Copernic, 2003).

Dans ce moment si singulier où l'hôpital public est contraint de quémander, des questions se posent :

Comment et pourquoi en sommes-nous arrivés à cette situation ?

Quelles sont les responsabilités de ce désastre sanitaire ?

Pour tenter d'y répondre, un petit rappel est nécessaire.

En juin 2000, l'Organisation Mondiale de la Santé publiait les résultats d'une étude sur le système de santé de 191 pays, à partir d'« indicateurs de performances » : niveau de santé général, espérance de vie, répartition de la charge du coût de financement, accès aux soins. La France arrivait en tête, loin devant la Grande-Bretagne (18ème), la Suisse (20ème), l'Australie (32ème), les Etats-Unis (37ème). Pour la directrice de l'OMS « la santé et le bien-être des populations dans le monde dépendent étroitement de la performance de leurs systèmes de santé ».

Résultats d'une étude sur le système de santé de 191 pays, à partir d'« indicateurs de performances » : niveau de santé général, espérance de vie, répartition du coût accès aux soins.

La France arrivait en tête.
(OMS, juin 2000)

1999, Projet de « Refondation sociale » du MEDEF : « l'entreprise doit recouvrer ses prérogatives perdues en 1945 [...] raccrochons notre pays au monde ! »

Depuis le « tournant de la rigueur » (Mitterrand) jusqu'à la « droite décomplexée » (Sarkozy) et les reniements de Hollande, les plans d'austérité en matière de santé publique se sont succédé

Que s'est-il donc passé pour qu'en vingt ans, nous ayons dégringolé à ce point ?

Le Plan complet de Sécurité sociale a pu voir le jour en 1945-1946, malgré l'hostilité du patronat, de la droite, et de certains syndicats, et se développer. Or un coup d'arrêt lui est porté par les ordonnances du 21 août 1967 qui préludent à une multiplicité de « plans » qui auront tous pour points communs :

- D'éloigner les assurés sociaux des délibérations sur les choix de politique sanitaire - la dernière élection aux caisses primaires d'assurance maladie remonte à... 1982 !
- De réduire l'ambition initiale de Sécurité sociale universelle tendant à la prise en charge des soins à 100 %, son périmètre d'intervention, en attendant l'instauration des forfaits hospitaliers et de franchise.
- D'augmenter les cotisations salariales des salariés, et de baisser ou exonérer celles des entreprises,
- D'instrumentaliser les complémentaires contre le régime obligatoire.

Tout ceci sera « dilué dans le temps, de manière à anesthésier l'opinion et rendre les réformes irréversibles » (cf. Alain Minc : « Rapport sur la France de l'an 2000 »).

En 1999, Denis Kessler lançait le projet de « Refondation sociale » du MEDEF : « l'entreprise doit recouvrer ses prérogatives perdues en 1945 » avec l'ambition de « donner une nouvelle constitution sociale à la France [...] Adieu 1945, raccrochons notre pays au monde ! », il lista les « réformes » à réaliser, « défaire méthodiquement le programme du Conseil National de la Résistance [...] tout ce qui a été mis en place entre 1944 et 1952 ». Pour l'ex-président de la Fédération française des Sociétés d'assurance : « la solidarité est un terme indéfini en science économique ».

« La refondation sociale n'est rien de moins qu'une vision totalitaire du rôle de

l'entreprise dans la société » (Thierry Renard, « Le Medef : un projet de société » - Ed. Syllepse).

Depuis le « tournant de la rigueur » (Mitterrand) jusqu'à la « droite décomplexée » (Sarkozy) et les reniements de Hollande, les plans d'austérité en matière de santé publique se sont succédé : les mesures de G. Dufoix Guillet 1985), les « plans » Séguin-Barzach (1987), Veil (1993), Juppé (1995), Mattei (2003), la « réforme » Douste-Blazy (août 2004), et la loi Bachelot ou plan « Hôpital, patients, santé, territoires » Guillet 2009), entre autres.

Porté par des gouvernements de droite ou « socialistes », ce processus a eu pour conséquence un transfert massif des charges sur le budget des personnes, et une spirale infernale liée à l'inflation des cotisations des complémentaires. Et ce, parallèlement à la baisse des cotisations sociales des entreprises pour « sauvegarder l'emploi » et « favoriser la compétitivité ». Avec 10% environ de la population au chômage, on peut apprécier le résultat de ce dispositif !

Sans omettre le développement des dépassements d'honoraires qui bafoue le droit aux soins, et la présence d'un secteur privé fort lucratif au sein de l'hôpital public, Jack Ralite y avait mis un terme momentanément lors de son passage au ministère de la santé en « chassant les marchands du temple ».

Claude Evin (PS), en 1989, va mettre les mutuelles en concurrence avec les assurances privées en ouvrant à celles-ci les contrats collectifs en entreprise. Pratiquant la sélection des populations et des risques sur questionnaire préalable, excluant les « consommateurs » et consolidant leur bilan par les résultats sur d'autres risques, les assurances peuvent s'adonner au « dumping », tarifier en deçà du coût réel, pour conquérir un marché.

Jean-François Mattei va accentuer le transfert des charges sur les assurés sociaux :

« Aujourd'hui, 27 août [2003], il y a encore des décès liés à la canicule. On ne va pas se taire. L'État va vouloir minimiser. À l'heure actuelle on peut commencer à penser à un mensonge d'État vachement bien ficelé. Ce dont on a besoin dans les hôpitaux, c'est de créer des emplois. Quant à la prime promise par Raffarin, on n'en veut pas. On veut acheter le silence »

Dr P. Pelloux, président des urgentistes

Accroissement des inégalités dans l'accès aux soins, une sélection accrue entre ceux qui cotisent à une complémentaire et ceux qui ne le peuvent pas ou plus

- Réduction drastique des moyens financiers et en personnel de l'Hôpital public ;
- Fermeture des établissements de proximité ;
- Hausse de la consultation à 20 € ;
- Déremboursements ou baisse de remboursements de médicaments pour « service médical rendu » insuffisant. Le grand silence des « entreprises du médicament » (les laboratoires pharmaceutiques) vaut acceptation des mesures gouvernementales. Et pour cause ! Les nouveaux médicaments qui arrivent sur « le marché » sont d'un rapport infiniment supérieur !

Si l'on voulait laisser filer les dépenses et creuser le déficit de la Sécu, on ne s'y prendrait pas autrement ! Ajoutons une fabrication très « idéologique », assénée à foison dans les médias, celle du « trou » de la sécu.

Lors de la canicule de l'été 2003 qui coûta la vie à près de 14 000 personnes, le président de L'association des médecins urgentistes hospitaliers, le Dr Patrick Pelloux dénonçait : « Aujourd'hui, 27 août, il y a encore des décès liés à la canicule. On ne va pas se taire. L'État va vouloir minimiser. À l'heure actuelle, on peut commencer à penser à un mensonge d'État vachement bien ficelé. Ce dont on a besoin dans les hôpitaux, c'est de créer des emplois. Quant à la prime promise par Raffarin, on n'en veut pas. On veut acheter le silence » (Nice-Matin du 28/8/2003). Bernard Kouchner (PS) dit qu'il n'aurait pas fait mieux que M. Mattei. Effectivement, c'est la même politique qui est conduite.

Le 28 juillet 2003, alarme dans Les Échos : « Hôpitaux : les urgences connaissent déjà une situation tendue. Manque de personnel, fermetures de lits et parfois de services. Surchargées, les urgences font les frais de l'encombrement estival ».

La réforme Douste-Blazy d'août 2004 « organise le démantèlement du système

de santé en rejetant le principe de solidarité qui constituait son fondement, afin de contraindre la dépense publique de santé dans la droite ligne des critères du Pacte de stabilité et du projet de traité constitutionnel de l'Union Européenne. La contrainte de 3% du déficit public et social en pourcentage du PIB, devenu impossible à respecter, impose des remises en cause draconiennes. » (*Note de la F. Copernic, août 2005). Et ce, par « la montée de la privatisation », par l'instauration d'un « maquis tarifaire » et d'un dédale à travers le « parcours de soins coordonnés », l'affirmation d'une médecine à plusieurs vitesses, le saccage de la mission de l'hôpital public. Résultat : l'accroissement des inégalités dans l'accès aux soins, une sélection accrue entre ceux qui cotisent à une complémentaire et ceux qui ne le peuvent pas ou plus.

La « nouvelle gouvernance » de la Sécurité sociale va éloigner encore les assurés sociaux de la gestion des fonds constitués par la partie socialisée de leur salaire, avec un entrelacs privé-public de structures où les assurances sont fortement implantées, telle l'Union Nationale des Caisses d'Assurance maladie dirigée alors par un cadre d'Axa assurances !

« La fuite en avant dans les exonérations de cotisations patronales, alors que celles-ci ne créent pas d'emplois, est systématiquement organisée en même temps qu'une course effrénée à la flexibilisation du droit du travail, des droits sociaux, du salaire et de l'indemnisation du chômage, au prétexte d'inciter à un retour rapide à l'emploi. »

Chargé des questions de santé chez Axa, après avoir dirigé le Fonds de financement de la Couverture maladie universelle (CMU) créée par Jospin en 1999, et avoir fait partie des « experts » qui ont élaboré le plan Juppé, J-François Chade-

**« panier de soins »,
l'expression est parlante :
chacun va au marché de la
santé avec son panier et son
porte-monnaie plus ou moins
garni et achète selon ses
moyens**

**« La réforme Douste-Blazy
responsabilise les patients en
diminuant leurs prestations.
Elle responsabilise les
médecins en augmentant leurs
revenus »**
le directeur de la CPAM de
Nantes, Claude Frémont qui fut
contraint à la démission

**Les cliniques choisiront les
activités qu'elles jugent les
plus rentables**

**L'ARS a tout le profil d'une
préfecture sanitaire donnant
à l'État le pouvoir de gérer le
système hors de tout contrôle
démocratique. La sécu est
mise hors-jeu**

lat est l'auteur d'un rapport qui est l'ossature de la réforme de 2004 qui préconise la création d'une Couverture Maladie Généralisée (CMG) selon trois niveaux :

- L'assurance maladie obligatoire (AMO), financée par des prélèvements obligatoires, couvre la population sur la base d'un « panier de soins », (« l'expression est parlante : chacun va au marché de la santé avec son panier et son porte-monnaie plus ou moins garni et achète selon ses moyens » soulignait le syndicat Solidaires) ;
- L'assurance maladie complémentaire « de base » (AMC), facultative, avec un dispositif d'aide à son acquisition ;
- Une assurance supplémentaire pour les dépenses exclues de la CMG et à la charge des ménages.

L'expression d'« AMC », accolée à celle d'« AMO », illustre combien les complémentaires, mutuelles comprises, sont arrimées à la « maîtrise des dépenses », nouvelle restriction de leur champ d'intervention et libertés. Ce projet s'appuie sur la législation européenne et ses « directives », qui ont soumis les complémentaires (mutuelles relevant du Code la mutualité et assurances à but lucratif) aux mêmes règles de concurrence à compter de 2002 ; et ce, après avis positif de Michel Rocard sous le gouvernement Jospin en 1999. Cela s'intègre dans le processus de marchandisation accrue de la santé. Le niveau de protection sociale et son financement sont débattus entre "experts", loin de la collectivité.

Traquant les abus dans le corps médical, le directeur de la CPAM de Nantes, Claude Frémont fut contraint à la démission face aux campagnes menées contre lui. Il constatait : « la réforme Douste-Blazy - Xavier Bertrand responsabilise les patients en diminuant leurs prestations. Elle responsabilise les médecins en augmentant leurs revenus » (le Monde du 2 janvier 2006).

La loi Bachelot, dite « Hôpital, patients, santé, territoires » (11 juillet 2009), pro-

longe le rapport de Gérard Larcher sur la réforme hospitalière remis le 11 avril 2008 à Nicolas Sarkozy. Elle va amplifier les dérives par l'application de la tarification à l'activité (T2A) et des critères de gestion privés, transformant l'hôpital public en entreprise privée gérée par un « manager ». Elle organise la confusion entre le public et le privé, au bénéfice de celui-ci, puisque « les cliniques choisiront les activités qu'elles jugent les plus rentables. La gouvernance va calquer sur l'hôpital public le mode de gestion d'une entreprise privée, avec dans le rôle du patron un directeur doté de pouvoirs essentiels : nomination des personnels, ordination des dépenses et des recettes, politique sociale, organisation du travail, et même, latitude pour mettre en œuvre un intéressement aux résultats en guise de rémunération, comme dans le privé. Ce « manager » qui pourra être recruté dans le privé, n'est responsable que devant le directeur de l'Agence régionale de santé (ARS), qui contrôle étroitement un conseil de surveillance remplaçant l'actuel conseil d'administration de l'hôpital présidé par le maire de la commune. » (L'Humanité du 23 octobre 2008).

Une nouvelle structure, la Communauté hospitalière de territoire, « sera l'outil idéal pour mettre en œuvre restructurations et fermetures de sites jugés non rentables ».

Les Agences régionales de santé remplacent les agences régionales de l'hospitalisation. Elles seront dotées de pouvoirs étendus à l'ensemble du système de soins et aux services médico-sociaux. Son conseil de surveillance sera présidé par le préfet de région, son directeur nommé en Conseil des ministres aura la haute main sur l'évolution du système hospitalier. « L'ARS a tout le profil d'une préfecture sanitaire donnant à l'État le pouvoir de gérer le système hors de tout contrôle démocratique. La sécu est mise hors-jeu. »

À titre d'exemple, la Picardie aura pour la diriger « le directeur d'un cabinet conseil en investissement dans la santé, ancien

Les médecins n'ont plus qu'un avis consultatif au sein de la commission médicale d'établissement : la logique économique passe avant la logique médicale

ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse

Cette politique d'austérité ininterrompue, menée par des gouvernements de droite ou « socialistes » soumis aux dogmes néolibéraux, a conduit au naufrage sanitaire actuel

directeur de trois cliniques privées appartenant à la Générale de santé (dont on sait qu'elle a pu reverser, en 2008, 400 millions d'euros à ses actionnaires, alors qu'elle bénéficie souvent de l'aide financière de l'État), directeur en activité de la Générale de santé pour les régions de Bretagne et de Normandie, et enfin président d'une de ces associations publiques-privées, véritable cheval de Troie pour nos gestionnaires privés, destinées à assurer les soins au domicile dans la ville du Havre » (*L'Humanité* du 9/11/2009).

Cette politique a suscité la résistance des populations et donné naissance à la Coordination nationale pour défendre le droit aux soins pour tous au sein de la République « une et indivisible ». Les médecins n'ont plus qu'un avis consultatif au sein de la commission médicale d'établissement : la logique économique passe avant la logique médicale. Enfin, la loi prévoit que le directeur d'hôpital pourra être recruté dans le privé. Dès l'annonce des suppressions d'emplois, les présidents des Comités consultatifs médicaux (CCM) des hôpitaux de l'Assistance publique Hôpitaux de Paris ont adressé, le 5 novembre 2008, à Mme Bachelot, une lettre ouverte « Sauver l'hôpital public », où ils dénoncent des « restrictions budgétaires sans objectifs médicaux ni de santé publique clairement identifiés et les économies à très court terme et à tout prix », craignant pour « la qualité et l'accès aux soins pour tous.»

Élément central de la « nouvelle gouvernance », la tarification à l'activité (T2A) est un mode de financement des établissements dont l'objectif est de « médicaliser le financement tout en équilibrant l'allocation des ressources financières et en responsabilisant les acteurs de santé. » Elle intègre une logique de résultat conforme à la « Loi organique relative aux lois de finances » (LOLF) puisque « ce sont désormais les recettes issues des activités hospitalières qui vont déterminer les dépenses et non l'inverse. » Devenue brutalement seule source de fi-

nancement pour les activités de courts et moyens séjours des hôpitaux, ses effets négatifs ont été immédiats. Le gouvernement exige de l'hôpital public plus de qualité des soins, plus de sécurité, plus d'offre de soins, avec plus de contraintes budgétaires ! L'obligation d'avoir une activité « cotable » importante pour maintenir le budget a conduit à diminuer les actes prescrits pour les soins au domicile des patients, contribuant à ré-hospitaliser ces mêmes patients pour des soins mineurs effectués auparavant... à leur domicile !

On constate la réduction des durées de séjour et le développement des prises en charge ambulatoires, ainsi que de l'hospitalisation à domicile, pour les patients « non rentables ».

Cette politique d'austérité ininterrompue, menée par des gouvernements de droite ou « socialistes », sur injonction de la Commission Européenne, de la Cour des comptes (longtemps présidée par un « socialiste ») et du patronat, soumis aux dogmes néolibéraux, a conduit au naufrage sanitaire actuel. Une seconde partie proposera un bilan de la politique sanitaire menée par Sarkozy, Hollande... jusqu'à nos jours.

Les épidémies d'ignorance font plus de victimes que la peste

Rabelais

Dans « Sarkozy, bilan de la casse* », la Fondation Copernic constatait que : « un Français sur trois déclare renoncer à se soigner, faute d'argent. En l'espace d'un quinquennat, la droite aura créé pas moins de vingt-quatre nouvelles taxes, à tout propos, qui pèsent d'abord sur les classes moyennes et populaires. Sur les cinq dernières années, le coût de la santé a flambé de 17 %, passant de 5 71 € à 665 €, par an et par citoyen. Le prix moyen de la vente des médicaments a presque doublé entre 1991 et 2009, de 3, 09 € à 6, 95 €. Avec le doublement de l'impôt indirect sur les contrats de santé, décidé en novembre 2011, ce sont 75 € supplé-

Cette politique n'a visé qu'un objectif : réduire le montant des dépenses publiques par le transfert de remboursements vers les complémentaires et en transformant les hôpitaux en cliniques rentables

Peut-on encore oser affirmer qu'il est impossible de boucher le trou de la « Sécu », mais qu'on doit boucher sans compter les milliards le trou des banques ?

Alain Badiou

J'ai pu réformer les retraites avec la CFDT et l'assurance maladie avec la Mutualité Française

Jean-Pierre Raffarin

mentaires, par an et par personne, qui vont peser sur le budget des ménages, et d'abord sur ceux des plus pauvres. Viennent s'y ajouter les franchises médicales instaurées le 1^{er} janvier 2008 sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires pour un montant plafonné par an à 50 € » (*Ed. Syllepse et l'Humanité, 2012).

Cette politique n'a visé qu'un objectif : réduire le montant des dépenses publiques par le transfert de remboursements vers les complémentaires et en transformant les hôpitaux en cliniques rentables contraints de faire payer les patients et de réduire le personnel. « En 2020, le nombre d'hôpitaux publics : en déficit est passé de 336 à 434, soit 41% des établissements. L'État réduit son déficit en le transférant aux hôpitaux publics. »

Quant au partenariat public-privé, exemple : la construction de l'hôpital du sud francilien est réalisée « gratuitement » par Eiffage, moyennant un loyer de 30 millions d'euros par an pendant 40 ans, alors que selon la chambre régionale des comptes d'Île-de-France : « le recours à une maîtrise d'ouvrage publique financée par l'emprunt aurait été une solution certainement moins coûteuse, moins hasardeuse et davantage maîtrisable par l'établissement ».

Lors de la crise de 2008, N. Sarkozy avait salué notre « modèle social ». Passé l'orage, il a rechuté dans l'ornière libérale (« La solidarité, c'est quoi cette connerie ? »). Alain Badiou demandait alors : « Peut-on encore oser affirmer qu'il est impossible de boucher le trou de la « Sécu », mais qu'on doit boucher sans compter les milliards le trou des banques ? » Face à un tel bilan, le changement était souhaité !

Pour comprendre le désastre de la présidence Hollande, on ne doit pas perdre de vue l'influence de la 2^{ème} gauche sur le PS (cf. Emmanuel Todd, « L'illusion économique »), grande inspiratrice de reniements des principes de la gauche depuis

le « tournant de la rigueur » (J. Delors). Le patronat et la droite, hostiles à la Sécurité sociale, ont trouvé en elle des alliés inattendus : M. Rocard instaure la C.S.G (supportée à 80% par les salariés), applique les « Directives européennes » aux mutuelles, télégraphie « Tenez bon ! » à F. Fillon confronté au rejet massif de sa « réforme » des retraites en 2003.

À la CFDT, N. Notat soutient le plan Juppé de 1995, F. Chérèque la réforme des retraites de 2003, Laurent Berger celle de Macron.

J.-P. Raffarin déclara en 2006 : « j'ai pu réformer les retraites avec la CFDT et l'assurance maladie avec la Mutualité Française ». Ainsi, le patronat trouva les « partenaires sociaux » : dont il a toujours rêvé. De quoi semer le trouble dans le « peuple de gauche » et la division pour défendre ce bien commun !

Interrogé par le magazine Viva lors de la campagne des présidentielles, F. Hollande se fixait comme priorité « d'améliorer l'accès aux soins » dans quatre directions :

- Engager le plafonnement des dépassements d'honoraires ;
- Mettre en place du tiers payant chez les médecins généralistes ;
- Baisser du coût de certains médicaments ;
- Lutter contre les déserts médicaux.

Il réaffirmait la fonction de l'hôpital public « service public et pas entreprise », constatant qu'il a été « peu à peu asphyxié financièrement depuis dix ans », il conclut que son « financement doit tenir compte de contraintes et des missions de ce service public : cela devra être inscrit dans la loi. » Enfin, il souhaite améliorer « l'accès aux soins d'urgence [pour qu'il] soit inférieur à 30 minutes, partout en France ». Il fallut bien vite déchanter. La ministre de la santé, Marisol Touraine, annonça publiquement qu'elle ne remettrait pas en cause les lois précédentes, notamment la loi Bachelot qui organise la fermeture des établissements de proximité, sous la supervision des Agences régionales de santé.

La casse du service public hospitalier se poursuit

F. Hollande se préoccupe plus de rembourser la dette (à des banquiers qui pillent le pays) que de la santé

Bilan du quinquennat Hollande : « un ralliement sans nuance à la politique austéritaire »

À l'hôpital, comme chez les pompiers, la rentabilité ne peut pas être celle de « l'entreprise ». Elle ne peut être que celle du service rendu globalement à la société

« Sous prétexte de modernisation et d'efficacité comptable, le regroupement des hôpitaux entraîne la fermeture de nombreux établissements publics de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), privant la population d'une offre de soins de qualité et de proximité. Malgré les sous-effectifs majeurs déjà constatés, le gouvernement annonce à nouveau des restrictions de personnels. [...] F. Hollande se préoccupe plus de rembourser la dette (à des banquiers qui pillent le pays) que de la santé. [...] Sous les coups de boutoir de libéralisme de droite et de gauche, les jours de l'hôpital public où l'on est soigné selon ses besoins et non selon ses moyens, sont comptés. » (*L'Humanité-Dimanche* 26/07/2012).

Le JDD révélait que la direction de l'AP-HP (Martin Hirsch) avait signé un accord avec une société implantée dans plusieurs pays du Moyen orient « pour faciliter l'accueil de riches patients étrangers. les soins étant fixés au prix réel et non au tarif de la Sécurité sociale, coût largement inférieur au coût moyen mondial ! » (7/08/2012). Pour la CGT « l'argumentation avancée est particulièrement choquante.[...] La mise en place de cette filière particulière s'ajoute au scandale de l'activité privée permettant aux patients pouvant payer, de bénéficier de consultations et d'hospitalisations dans des conditions privilégiées. » Si des coopérations avec des pays étrangers pour l'accueil de patients ne pouvant être soignés dans leur pays « constituent une des missions anciennes de l'hôpital public, la sélection des patients selon leur compte en banque est inacceptable . » (*L'Humanité* du 13/08/2012).

Faisant le bilan du quinquennat Hollande, la Fondation Copernic notait « un ralliement sans nuance à la politique austéritaire », quelques avancées (mariage pour tous, abolition de la prostitution, etc.), et surtout du pire : l'ampleur de la baisse

des cotisations sociales accordée aux patrons avec le Pacte de stabilité et le CICE (l'équivalent de 2% du PIB), la hausse des taux de TVA, la casse profonde du droit du travail, la criminalisation du mouvement social (la mort de Rémy Fraisse), l'ouverture à la privatisation de la Sécurité sociale.

La loi de santé 2016, dite « de modernisation », institue les Groupements hospitaliers de territoires. 135 GHT remplacent 850 établissements publics de santé, soit réduction des effectifs, hausse de la charge de travail, aggravation de l'accès aux soins. La contrainte budgétaire sur l'hôpital atteint un niveau insupportable. La souffrance au travail dans les hôpitaux, dont des suicides, est trop souvent signalée. En octobre 2016, l'intersyndicale des personnels hospitaliers appelle à la grève : « ils ne supportent plus leurs conditions de travail. À l'hôpital, comme chez les pompiers, la rentabilité ne peut pas être celle de « l'entreprise » ; elle ne peut être que celle du service rendu globalement à la société. »

En 2017, dans le PLFSS, projet de loi de financement de la Sécurité sociale - l'assurance maladie deait réaliser plus de 4 milliards d'euros d'économies qui viendront s'ajouter aux 3, 5 milliards d'euros imposés en application du pacte de stabilité.

« La Sécurité sociale est aujourd'hui menacée de mort » s'alarmait *République & Socialisme* : « En exonérant des cotisations famille les entreprises d'ici 2017, c'est le début de la fin de la Sécu ! Non content de ce cadeau de 36 milliards d'euros, le président du MEDEF d'alors, Pierre Gattaz, en rajoute : « la maladie, c'est aussi un poste qui pourrait être revu. Le président de la République a parlé d'abus de la protection sociale. Il a voulu montrer qu'il n'y a pas de dogme. Là aussi, j'ai applaudi, il faut y aller ! ».

La réforme dite « Protection universelle maladie » (PUMa) rompt avec la Sécurité sociale de 1945

L'accès aux soins se dégrade avec les franchises, les forfaits et les dépassements d'honoraires

Gestion autoritaire pilotée par les ARS : tout contrôler pour mieux privatiser

La privatisation de la santé s'accroît avec l'ANI, Accord national interprofessionnel (2013). La réforme dite « Protection universelle maladie » (PUMa) rompt avec la Sécurité sociale de 1945. « Début de déstructuration au profit du « modèle » Banque mondiale/ Union européenne/ Patronat / USA » :

- Les prestations de Sécurité sociale sont réduites à un socle minimal pour les plus démunies.
- Les complémentaires d'entreprise 'ANI', les complémentaires individuelles, la capitalisation pour celles et ceux qui en auront les moyens.
- Les salariés n'ont plus le choix de leur complémentaire santé.
- Le développement des EHPAD et des centres privés de réadaptation fonctionnelle se fait au détriment des structures publiques : augmentation des coûts pour les patient-es et les familles, sans nécessairement de valeur ajoutée.

Le tiers payant qui évite de faire l'avance des frais, devient un moyen technique supplémentaire pour pousser à la privatisation. Les déserts médicaux se développent faute de praticiens, suppression des structures de proximité, déstabilisation du secteur médico-social en lien avec la fermeture des autres services publics. L'organisation des soins en « temps comptable », - ne sont comptés que les actes techniques -, et l'utilisation polyvalente des personnels conduisent à l'épuisement des soignants.

L'accès aux soins se dégrade avec les franchises, les forfaits et les dépassements d'honoraires. Les moyens alloués à la médecine scolaire et à la prévention sont en réduction et l'avenir de la médecine du travail compromis. Ainsi pour la prise en charge en psychiatrie.

Quant à la politique du médicament, on pourra en juger devant la succession de scandales sanitaires (Dépakine, tests cliniques cf. Rennes en 2016 ...). L'affaire du Médiateur avait provoqué une prise de conscience, d'où la loi de Sécurité

sanitaire du médicament (déc. 2011), mais les décrets sur la transparence sont insuffisants. Les conflits d'intérêts persistent avec le risque de nouveaux scandales. Le ministère (Marisol Touraine) n'a pas soutenu la campagne de Médecins du monde sur le prix des médicaments lorsque celle-ci a été censurée à l'affichage par le syndicat patronal (LEEM) des entreprises pharmaceutiques.

Les rares points positifs portent sur :

- La reconnaissance des centres de santé (1700 en 2016), qui s'inquiètent toutefois du développement des « maisons de santé » libérales promues par l'ARS ;
- Les droits des femmes en matière de contraception ;
- La prise en charge à 100 % des actes d'IVG par la Sécurité sociale à partir du 1er avril 2016.

Aucune avancée sur la démocratie en matière de santé, aucune évaluation des besoins par les citoyen-nes, au contraire, une politique plus autoritaire, axée sur la réduction des déficits dans un contexte d'exonérations de plus en plus massives de cotisations sociales patronales (PLFSS 2017). Aucune transparence sur les coûts induits par la gestion de la santé.

En conclusion, la politique de santé présente actuellement un visage à trois faces :

- Gestion autoritaire pilotée par les ARS ;
- Réduction drastique des dépenses publiques de santé ;
- Privatisation, non contradictoire, mais stratégique : tout contrôler pour mieux privatiser.

« Cinq années perdues pour la gauche » conclut la Fondation Copernic dans « Inventaire d'un quinquennat de droite » (Syllepse, 2017).

Issu du sérail social-libéral, - porteur de la loi Travail, devenue loi El Khomri - E. Macron va amplifier la casse des services publics.

Après les concessions faites aux gilets jaunes, le PLFSS entérine la non compensation des exonérations. Cette décision est grave, car elle crée un déficit de la Sécurité sociale qui n'a rien à voir avec les dépenses de santé

On se mord les doigts en mars 2020 du sous-financement et du manque d'investissement dans les hôpitaux

La découverte des antibiotiques n'est décisive que grâce à la généralisation de l'accès aux soins après 1945. C'est l'accès aux soins qui est la valeur fondamentale

Alors que les soignants font face à la pénurie pour sauver des patients, E. Macron demande à la Caisse des dépôts et consignations un plan pour l'hôpital public qui se résume à sa privatisation !

A l'automne 2019, le Collectif inter hôpitaux appelait à une grande manifestation, le 14 novembre 2019, pour un plan d'urgence pour l'hôpital public. Brigitte Dormont, professeur en économie de la santé, s'inquiétait, dans le magazine Viva (30/10/2019), pour l'année 2020. « Ce PLFSS entérine la non compensation des exonérations. Cette décision est grave, car elle crée un déficit de la Sécurité sociale qui n'a rien à voir avec les dépenses de santé. Il est possible qu'il y ait l'année prochaine un projet de baisse des dépenses publiques de santé pour résorber ce déficit. Ce serait proprement scandaleux, car le périmètre de la solidarité pour l'accès aux soins doit résulter d'un consensus élaboré démocratiquement. Ici, il y aurait une restriction du champ de la solidarité décidée unilatéralement par Bercy. C'est contraire au pacte français en matière de protection sociale ».

Le 23 mars 2020, dans Viva, la sociologue Fanny Vincent : « On se mord les doigts aujourd'hui du sous-financement et du manque d'investissement dans les hôpitaux. Les réformes libérales ont voulu faire croire que si l'hôpital allait mal ce n'était pas en raison du manque d'argent, de personnels ou de matériels, mais d'une mauvaise organisation. Cette crise démontre l'inverse. Les soignants sont bien organisés. Formés au Système D depuis des années, ils arrivent à transformer dans l'urgence des services entiers en réanimation. Mais les moyens ne sont pas à la hauteur pour faire face à l'épidémie. On a perdu 100 000 lits à l'hôpital en 20 ans, 69 000 ont été fermés entre 2003 et 2017, sans compter les maternités, les services de chirurgie, les réanimations et des hôpitaux tout entiers. Et c'est pire encore dans les territoires. C'est pourquoi on peut vraiment s'inquiéter des déplacements massifs des populations des derniers jours vers les déserts médicaux. »

Pour Philippe Batifoulier, professeur d'économie, « la Sécurité sociale à La française est le plus grand progrès de toute l'histoire sociale. On le voit bien

aujourd'hui : c'est la Sécurité sociale qui sauve des vies. Les innovations, le progrès médical sont nécessaires mais pas suffisants. La découverte des antibiotiques n'est décisive que grâce à la généralisation de l'accès aux soins après 1945. C'est l'accès aux soins qui est la valeur fondamentale. » (Viva du 30 mars 2020).

Des milliers de morts ! Voici donc les conséquences d'une politique d'austérité menée depuis des lustres. Chacun aura noté qu'elle ne vise que la dépense publique, celle qui pourtant répond aux nécessités du bien vivre ensemble, jamais les profits obscènes d'insatiables privilégiés. Mais il est vrai que certains (même « à gauche ») voient là un zeste de « totalitarisme ».

Le pouvoir a parlé de guerre. Le propos peut se révéler dévastateur pour ses auteurs... si l'on rapproche l'impéritie de l'Etat-major responsable de la débâcle de juin 40 (cf. « L'Etrange défaite » de Marc Bloch) - de celle qui, au sein même de l'Etat, a mis le personnel hospitalier « à poil contre le Covid- 19 » (cf. affiche de protestation). Personne parmi les « décideurs » ne pouvait ignorer l'état du système hospitalier, les alertes sur sa dégradation n'ont pas cessé. D'autant que de nombreux représentants du monde médical siègent à l'Assemblée nationale, et/ou dirigent des régions, villes et métropoles.

« Alors que nous nous battons face à la pénurie au quotidien pour sauver des patients, une note commandée par Emmanuel Macron à la Caisse des dépôts et consignations me met dans une colère noire. Un plan pour l'hôpital public qui se résume à sa privatisation et à son dépeçage ! Quelle écœurante duplicité ! s'indigne le Dr Christophe Prudhomme. Vous nous mentez en pleine tempête et je ne peux plus faire confiance au capitaine du bateau. Nous allons continuer à nous battre pour nos patients, puis viendra le temps du bilan ». (L'Humanité du 3/04/2020).

PRÉPARONS-NOUS
À L'ALTERNATIVE, IL Y A
URGENCE(S) ! UN AUTRE
MONDE EST POSSIBLE !

Pour conclure, ces propos du Dr. Lehmann : « Aujourd'hui, on ressort Roselyne Bachelot pour donner quitus à ses successeurs. Parce que tous ces gens sont sur la sellette. Tous, ceux qui ont mis à l'os l'hôpital et poignardé la médecine de ville dans le dos, tout ce système de santé solidaire prodigieux né du Conseil national de la Résistance. Il leur faut se soutenir tous ensemble, ou couler tous ensemble. D'où ces louanges obscènes quand on voit l'impréparation et les erreurs du gouvernement actuel.

D'où ce spectacle lamentable de politiques passant plus de temps à se dédouaner qu'à gérer la crise.

France 2020 : nous manquons de matériel de protection, nous manquons de masques... Emmanuel Macron, Edouard Philippe, engoncés dans la posture de généraux d'arrière-ligne depuis le début de cette crise, exhortant le sacrifice et l'abnégation de « troupes héroïques » au front, passent plus de temps à couvrir leurs fesses que nos visages. » (*Libération* 2 avril 2020).

René Becchetti
Jean-Jacques Cassar

POUR UNE SÉCURITÉ SOCIALE DU 21^E SIÈCLE





Formation santé au travail

TITULAIRES & SUPPLÉANTS DU CSE FORMEZ-VOUS RAPIDEMENT ET EFFICACEMENT !

- 1 Pour mieux vous organiser et agir sur les questions de santé, sécurité et conditions de travail.
- 2 Pour intervenir et mener des investigations : inspections, enquêtes, DGI...
- 3 Pour proposer des actions de prévention et d'amélioration des conditions de travail des salariés.



FORMATION
FINANCÉE
PAR
L'ENTREPRISE

La formation légale est d'au minimum **3 jours pour les entreprises de - de 300 salariés** et au minimum de **5 jours pour les + de 300 salariés.**

Un parcours dédié à votre secteur professionnel, sur plusieurs jours en inter-entreprises ou chez vous en intra.

Tarifs, nous consulter.



www.secafi.com

Tél. : 01 53 62 70 00 - contact@secafi.com

SECAFI est un organisme de formation enregistré sous le n° 11 75 44 133 75

Vers une reconquête

La CGT s'est engagée dans une campagne ambitieuse de reconquête de la Sécurité Sociale. Depuis sa création en 1945 par Ambroise Croizat, la Sécurité sociale a vocation à protéger l'ensemble de la population face aux aléas de la vie.

« Vivre dans l'angoisse du lendemain, de la maladie ou de l'accident du travail, en cotisant selon ses moyens et en recevant selon ses besoins », c'est bel et bien la façon dont Ambroise Croizat avait posé les principes qui allaient porter la création de la sécurité sociale.

Pourtant depuis sa mise en place, la Sécurité sociale a fait l'objet de multiples attaques par les gouvernements successifs et surtout par un patronat, qui a de tout temps combattu les principes de partage de richesse et de société solidaire !

Les réformes du gouvernement actuel attaquent plus que jamais les fondements des principes de solidarité de la Sécurité Sociale soit en la fragilisant par des exonérations successives de cotisations, soit par la remise en cause de l'accès aux droits pour tous.

De même, de plus en plus d'institutions de prévoyance soumises à des critères de rentabilité ou bien des assurances privées, prennent de plus en plus la main et mènent des politiques parfois bien éloignées des principes de solidarité et d'universalité.

C'est pour redonner à la sécurité sociale sa place originelle que la CGT a décidé de poser le principe d'une Sécurité Sociale intégrale, un 100% sécu sur la base du salaire socialisé.

Cette Sécurité Sociale intégrale serait fondée sur le principe d'un système simplifié, clair et accessible... c'est pourquoi

la Sécurité Sociale doit devenir l'interlocuteur, collecteur et payeur unique.

Parmi les principes :

- La CSG doit être transformée en cotisations sociales ;
- Une cotisation sociale sur tous les revenus financiers (dividendes, intérêts) doit être créée pour renforcer le financement de la Sécurité sociale ;
- Les exonérations de cotisations doivent être supprimées ;
- Les cotisations patronales devront être augmentées.

Ces propositions s'inscrivent naturellement dans un système plus juste et plus égalitaire où les richesses créées par la force de travail seraient au service de l'intérêt collectif répondant ainsi aux besoins sociaux de toutes et tous !

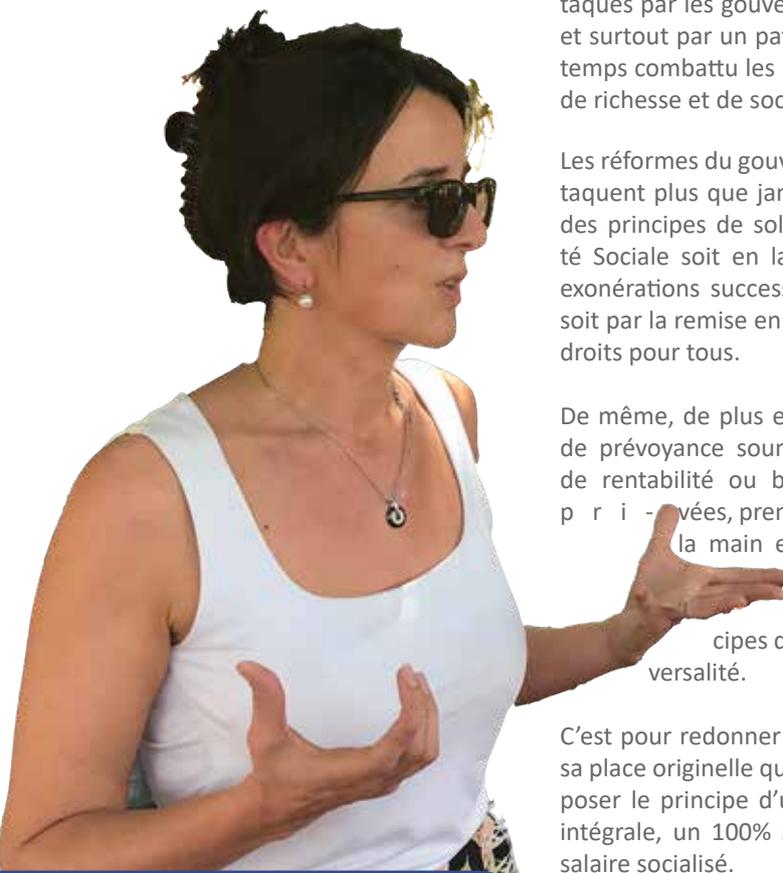
Pour que cette reconquête de la Sécurité sociale ne soit pas un effet d'annonce, nous devons rapidement relever plusieurs défis :

Le premier est la défense de l'unité et de l'universalité de la Sécurité Sociale

Défendre l'unité et l'universalité de la Sécurité Sociale, c'est protéger l'ensemble de la population contre l'intégralité des risques sociaux. C'est, par exemple, prendre en charge toutes les dépenses de santé des assurés et garantir l'accès aux soins... c'est garantir un haut niveau de retraite, c'est protéger la famille, c'est lutter contre la précarité et/ou le handicap, c'est garantir le droit à l'autonomie...

Le deuxième défi est la réorganisation du système de travail et de santé.

Cela revient à affirmer fortement les liens entre les enjeux du travail et de la santé. Nous devons privilégier une démarche de



Maud Denis

Secrétaire fédérale membre de la CE confédérale

de la Sécurité Sociale !

prévention, d'éducation et de promotion du travail et de la santé !

Le troisième défi est le remboursement de tout ce qui contribue aux soins.

La CGT estime que tout ce qui permet de soigner doit être remboursé à 100%.

Le quatrième défi repose sur la recherche de ressources nécessaires en réformant le financement.

Cela devra passer par une indispensable réforme du mode de financement des cotisations employeurs. Deux voies sont à privilégier :

Une augmentation des cotisations employeurs (contrairement au régime local d'Alsace Lorraine qui est financé par une cotisation des salariés et retraités) et/ou une contribution assise sur les dividendes versés par leurs entreprises à leurs actionnaires.

Le dernier défi reste la redéfinition du rôle des complémentaires.

Les institutions de prévoyance ont étendu leur domaine d'intervention. Dans les choix stratégiques faits par les groupes en terme de rapprochement, de politiques et d'orientations, on a l'impression de dériver vers un autre système que celui que l'on prône basé sur l'universalité et la solidarité.

Les complémentaires devront se recentrer sur la prévention et la prévoyance lourde.

Pour que l'on réussisse à gagner le principe d'une sécu intégrale, un 100% sécu, une sécurité sociale qui renforce les droits existants et qui intègre de nouveaux dans la branche maladie comme le droit à l'autonomie, il faut que chacun d'entre nous adhère à ce projet et qu'il le porte partout où il peut être entendu !

TOUT CE QUI PERMET
DE SOIGNER DOIT ÊTRE
REMBOURSÉ À 100 %

 **RIVET**
PRESSE / EDITION



la Frenchprint

Imprimé en France



SEGUR de la sante : véritable concertation ou opération com ?



Maud Denis
Secrétaire fédérale membre
de la CE confédérale

Le 25 mai dernier, le Ségur de la Santé était lancé laissant place à sept semaines de concertations.... Qu'en est-il en réalité ?

Qu'est-ce que le Ségur de la Santé ?

En théorie, le Ségur de la Santé, qui tire son nom de l'Avenue de Ségur à Paris où se situe l'un des ensembles et bâtiments du ministère des Solidarités et de la Santé, est une concertation de grande ampleur entre acteurs du domaine de la santé : syndicats, personnels de santé, collectifs divers et gouvernement. Il porte sur des questions de financement de l'organisation du système de santé, sur les carrières du personnel de santé... Il touche les hôpitaux, la médecine de ville, le secteur médico-social et les EHPAD.

Qu'en est-il en réalité ?

Même si Emmanuel Macron avait fait la promesse, dans ses discours, d'un changement radical dans le domaine de la santé, bien des participants restent dubitatifs quant à la transformation évoquée par le Président. La grande concertation attendue s'est vite transformée en pseudo-concertations où la place des organisations syndicales représentatives du personnel a été minimisée par le gouvernement.

Au programme de ces mesures : on ne change pas de cap, on accélère le rythme !

Nous ne pouvons rester inactifs face à la poursuite d'une politique de santé qui a conduit à des suppressions massives de lits, de services, d'hôpitaux de proximité, à une privatisation du système, instaurant une logique marchande au dépens des usagers !

A l'occasion de ce Ségur, la CGT porte les revendications suivantes :

- Une augmentation des budgets avec un ONDAM (Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie) à 5 % pour des créations massives d'emplois
- Un arrêt des restructurations, des fermetures de lits, de services pour une réponse aux besoins des hommes et femmes.
- Une augmentation générale des salaires de 300 euros nets pour toutes et tous.

Aujourd'hui, plus que jamais, notre revendication d'une Sécurité Sociale intégrale couvrant l'ensemble des besoins et financée par les cotisations sociales, apparait comme la réponse adaptée à la sortie de crise !

Alors que le Ségur a débuté il y a maintenant presque un mois et que les discussions se crispent car le gouvernement n'apporte aucune donnée chiffrée, beaucoup craignent que les promesses du gouvernement n'accouchent que de mesures !

Plus que jamais, défendons une Sécurité Sociale intégrale, un 100% sécu, un seul collecteur et payeur !

ICI, TOUT A CHANGÉ, SAUF VOTRE CONFORT

Pour réduire les émissions de CO₂* sans jamais sacrifier votre bien-être, Dalkia accompagne les territoires dans leur transition énergétique en les aidant à développer les énergies renouvelables proches de chez vous et à faire des économies d'énergie.

Devenons l'énergie qui change tout.

Vers la création d'une 5^{ème} branche : une chimère !

Le 20 mai dernier, le gouvernement annonçait sa volonté de créer une 5^{ème} branche de la Sécurité Sociale consacrée à la perte d'autonomie et à la dépendance.

La 5^{ème} branche se chargerait, selon le gouvernement, de :

- couvrir les frais de santé ;
- Prendre en charge la perte d'autonomie en établissement comme à domicile.

Pourquoi une 5^{ème} branche ?

Elle viendrait s'ajouter aux quatre premières branches déjà existantes que sont :

- La branche maladie (frais d'hospitalisation, remboursement de médicaments...);
- La branche retraite (versement des pensions de retraite et de veuvage);
- La branche accidents du travail et maladies professionnelles;
- La branche famille (versement des aides familiales comme l'APL, le RSA...).

Comment la financer ?

Concernant son financement, le gouvernement envisage, entre autre, de transférer 136 milliards d'euros à la caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), organisme chargé « d'éponger » les déficits de la Sécurité Sociale. La date d'amortissement portée par la CADES est ainsi repoussée de 2024 à 2033.

Le gouvernement propose également de réaffecter la CSG vers le financement de l'accompagnement du grand âge.

Maud Denis

**INTÉGRATION DU DROIT
À L'AUTONOMIE
DANS LA BRANCHE
MALADIE DE LA SÉCU**

Qu'en pense la CGT ?

N'en déplaise à nos gouvernants, vieillir n'est pas un risque, c'est bien dans l'ordre naturel des choses et de la vie mais c'est surtout oublier volontairement ce qu'est la Sécurité Sociale issue du CNR, « protéger de la naissance à la mort ».

La CGT réaffirme la nécessité de renforcer l'universalité de l'assurance maladie et non de créer une 5^{ème} branche.

La prise en charge de la perte d'autonomie, que ce soit à domicile ou en établissement, doit être du ressort de la solidarité nationale et assurée par la Sécurité Sociale en intégrant « le droit à l'autonomie » dans sa branche maladie.

