

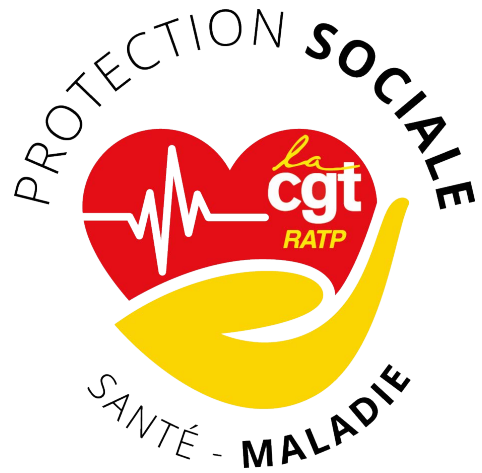
JOURNÉE D'ÉTUDE
#28.03.2018



LA PROTECTION SOCIALE SANTÉ - MALADIE

SALLE HÉNAFF

29 Bd du temple 75003 Paris



La sécurité sociale fait partie de notre vie. Elle est tellement indispensable qu'elle paraît avoir toujours existé. Sa création en 1945 fut une des conquêtes majeures du monde du travail.

Depuis 1946, le patronat et ses représentants n'ont de cesse de remettre en cause cette « conquête sociale », cette innovation progressiste et militante sans précédent qui reste le pilier du système français.

Encore aujourd'hui, la Sécurité Sociale représente un enjeu permanent de lutte des classes, sur le plan social et politique.

Cette institution de solidarité est un formidable amortisseur social qui protège l'ensemble de la population, actifs, retraité-e-s, sans emplois, malades et le bien-portants, et tout particulièrement en période de crise économique et sociale en évitant que des familles ne plongent dans la misère et la pauvreté.

Le système est fondé sur la solidarité où chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins (l'actif vers le retraité, le bien portant vers le malade, le travailleur vers le chômeur...)

Son financement repose sur les cotisations sociales assises sur la richesse créée par le travail.

Les cotisations sociales constituent un élément du salaire que l'on nomme **salaire socialisé**.

Elles sont immédiatement transformées en prestations par la Sécurité sociale (pensions de retraite, allocations de chômage, maladie, allocations perte d'autonomie etc...)

Ces cotisations y compris la part dite « patronale » correspondent à la part du **salaire pour la vie**, pour se prémunir et faire face aux aléas de la vie, alors que le salaire net ou la pension, versés à la fin de chaque mois financent les **besoins pour le mois**.

Le tout constitue le salaire ou la pension de chaque salarié ou retraité en fonction de la richesse produite (le travail) et des droits qui en résultent (la pension).

Augmenter les cotisations sociales, c'est augmenter les salaires et faire reculer le profit.

Les cotisations sociales participent au financement de la Sécurité Sociale pour permettre à tous d'avoir des droits pour bien vivre, bien travailler, bien vieillir.

C'est cette solidarité qu'il faut défendre et reconquérir.

Les gouvernements successifs, sous la pression du patronat, n'ont eu de cesse que d'attaquer ce salaire socialisé, le considérant comme un « coût du travail » ou une charge insupportable à leurs yeux, car il impacte leur marge de profits.

En mettant en place la CSG en 1991, ils ont permis de fiscaliser (en faisant passer de la cotisation à l'impôt) les sources de financement de la Sécurité Sociale. Ainsi, ils ont transféré des obligations sociales des employeurs, à la charge des citoyens.

Le gouvernement Macron amplifie une nouvelle fois la fiscalisation de la sécurité Sociale avec une transformation en profondeur du modèle social de 1945 bâti par Ambroise Croizat, en augmentant la CSG de 1,7 points au 1^{er} janvier 2018, « compensée » soi-disant par une baisse des cotisations maladie et chômage pour les salariés actifs. Sous couvert de « modernité », il cherche surtout à recycler de vieilles recettes du 19^{ème} siècle, celle du patronat de la révolution industrielle.

C'est par le travail que nous créons les richesses et ces richesses doivent être partagées pour financer la Sécurité Sociale. Se soigner gratuitement et sur le temps de travail, voilà qui est moderne, et plus moderne que les salles de sport des « Start up » dont l'on nous rebat les oreilles.

La Sécurité Sociale est un déterminant fondamental de justice sociale, du vivre ensemble, facteur de santé et de développement économique et social.

Dans ce contexte, la bataille pour la Sécurité Sociale et la prise en charge à 100% de l'ensemble des risques, aléas ou changements dans la vie est un axe majeur de reconquête et plus largement d'un changement de société.

L'histoire démontre que les utopies d'hier peuvent devenir réalité quand la majorité des travailleurs le décide.

C'est pourquoi la CGT RATP convie aujourd'hui ses militants à cette journée d'étude afin d'être armés pour ce combat d'avenir.

CONQUÉRIR LES MOYENS DE FINANCEMENT NÉCESSAIRES POUR UNE RECONQUÊTE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE



Depuis trente ans, les gouvernements successifs et le patronat n'ont de cesse de stigmatiser « le 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 cause première des reculs de notre Sécurité sociale solidaire :

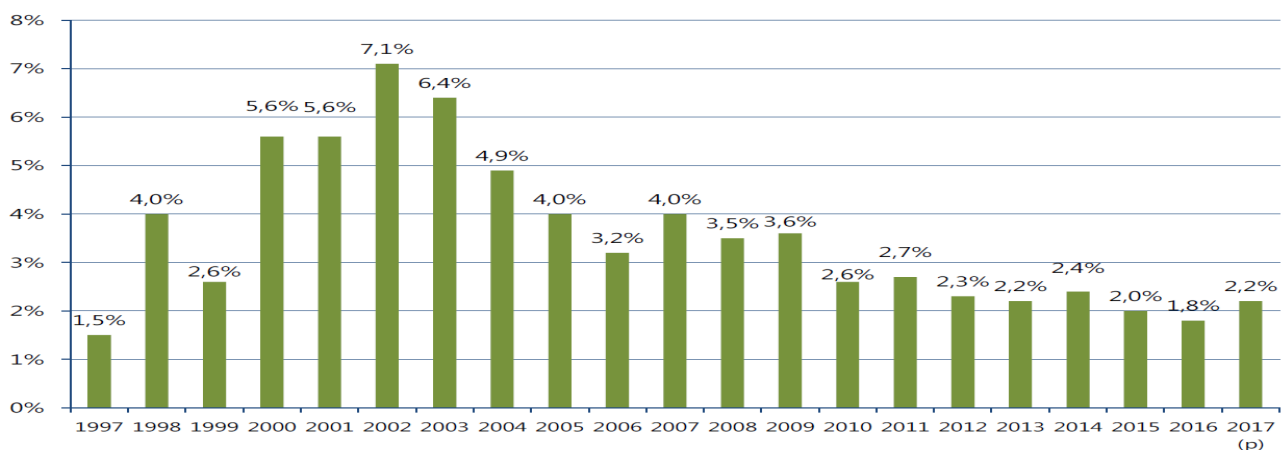
- baisse des remboursements des dépenses de santé, réduction drastique des moyens de l'hôpital public, augmentation des renoncements à des soins pourtant nécessaires ;
- succession de réformes des retraites régressives depuis la réforme Balladur de 1993 ;
- remise en cause de l'universalité des prestations familiales...

LA BASE DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE EST LE SALAIRE SOCIALISÉ

Le financement de la Sécurité sociale repose **encore principalement** sur les cotisations sociales, 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 qui est mutualisée entre les salariés pour répondre à des besoins sociaux, comme les dépenses nécessaires pour se soigner ou demeurer en bonne santé, les allocations familiales ou les pensions de retraite, et qui contribuent donc au bien-être des salariés et de leurs ayants droit avant, pendant et après la vie active. Ces dépenses sont donc 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 viennent en déduction du salaire brut) ou les cotisations dites patronales. Par conséquent, quand le gouvernement diminue les cotisations dites « patronales », il baisse le salaire des salariés (et au bénéfice des profits du capital). De plus, cela n'augmente en rien le pouvoir d'achat, puisqu'il y aura forcément transfert vers l'impôt. La création de richesses par le travail

Évolution du taux de croissance des dépenses d'assurance maladie (Ondam) depuis le Plan Juppé



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.

L'EXPLOSION DES EXONÉRATIONS DE COTISATIONS SOCIALES

Depuis une vingtaine d'années, les exonérations de cotisations sociales se sont multipliées. Elles représentent aujourd'hui près de 30 milliards d'euros par an (voir graphique « Évolution des exonérations de cotisations sociales depuis 1992 »).

Pour les salariés concernés, elles constituent une baisse de leur salaire socialisé. Aujourd'hui, dans la pratique, les cotisations sociales sont devenues progressives jusqu'à 1,6 Smic. Au niveau du Smic, il n'y a plus de cotisations de Sécurité sociale patronales, à l'exception d'une partie de la cotisation accidents du travail et maladies professionnelles (ATMP).

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 prévoit la transformation du CICE¹ en baisse de cotisations sociales, ce qui conduira à exonérer les cotisations patronales de Sécurité sociale, mais également les cotisations patronales au titre des retraites complémen-

taires et de l'assurance chômage. Au niveau du Smic, il n'y aura quasiment plus de cotisations employeurs au titre de l'ensemble de la protection sociale !

La majorité de ces exonérations sont compensées, soit directement par le budget de l'État, soit par affectation à la Sécurité sociale de certaines recettes fiscales, principalement les taxes sur le tabac.

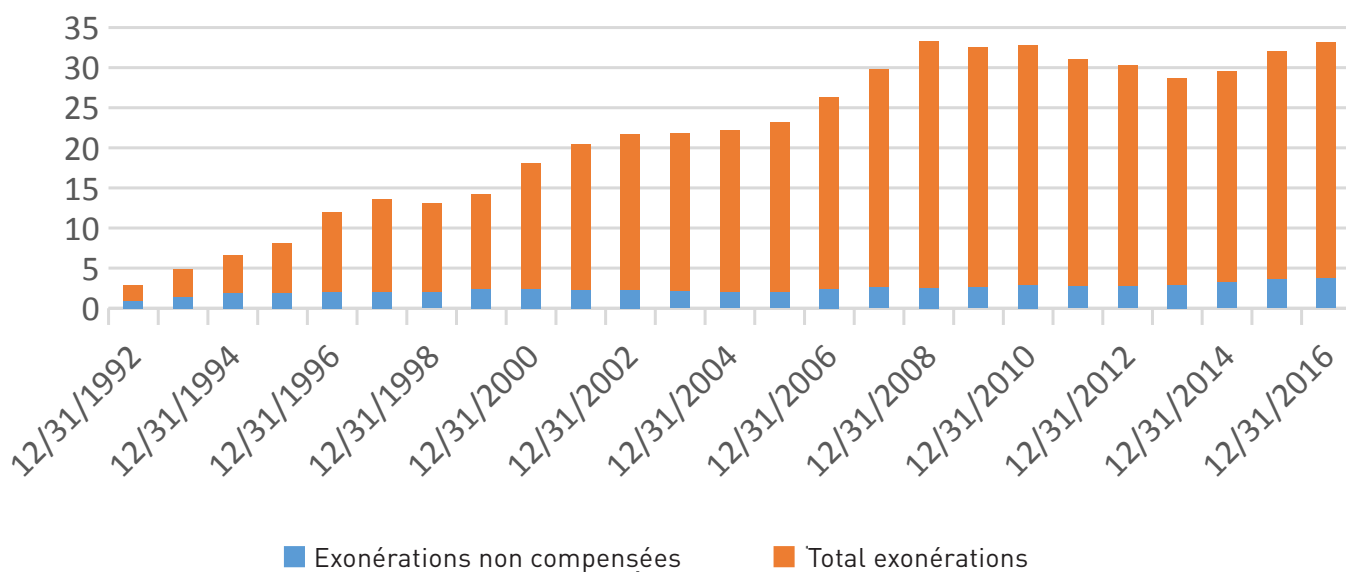
Les cotisations exonérées ne sont pas financées par les entreprises – **qui sont les grandes gagnantes de ce « tour de passe-passe » – mais par des mécanismes de solidarité nationale.** Elles sont **donc à court terme** sans conséquence sur les droits des salariés : un salarié payé au Smic bénéficiera d'une retraite sur la base du Smic bien que l'entreprise n'ait pas versé les cotisations correspondantes (ses prestations de retraite seront financées par les taxes tabac qu'il soit fumeur ou non).

En revanche, certains éléments de la rémunération **de la force de travail** comme l'intéressement et la participation n'ouvrent pas de droits à protection sociale (ils ne sont par exemple pas pris en compte pour le calcul de la retraite, des indemnités journalières ou pour les prestations d'assurance-chômage), **diminuant ainsi la part du salaire socialisé.** Les spécialistes parlent d'exemptions de cotisations sociales.

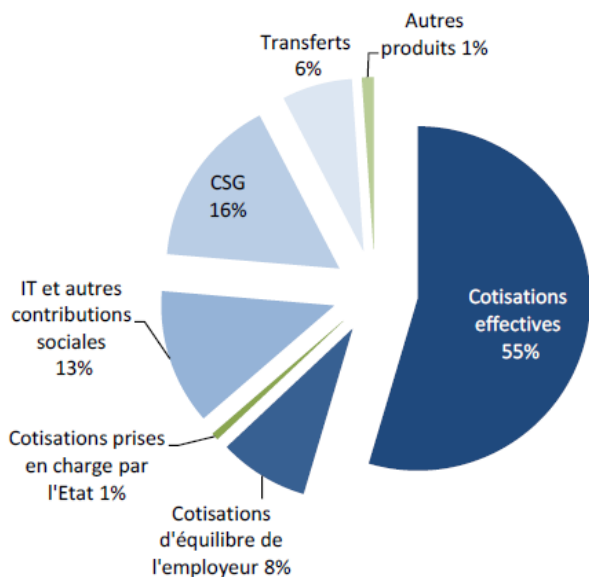
La part des cotisations sociales dans les recettes de la Sécurité sociale a régulièrement diminué depuis vingt ans. Cette baisse a deux causes : l'explosion des exonérations de cotisations sociales compensées par des taxes

1. Le crédit d'impôt compétitivité emploi (CICE) est une réduction de l'impôt sur les sociétés calculé en fonction des salaires payés par l'entreprise. Son effet est proche d'une exonération de cotisations sociales.

Évolution des exonérations de cotisations sociales depuis 1992



Structure des recettes de la sécurité sociale



comme celle sur le tabac, et le remplacement d'une part croissante des cotisations salariales par la contribution sociale généralisée (CSG), qui est payée également par les retraités, contrairement aux cotisations.

Actuellement, les cotisations sociales ne représentent plus que les deux tiers des ressources de la Sécurité sociale (voir le graphique « Structure des recettes de la Sécurité sociale »).

POUR UNE RÉFORME DU FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Les gouvernements successifs ont ainsi poursuivi depuis les années 1980 des politiques fondées sur la baisse « du coût du travail » **et donc du salaire socialisé**. Elles ont contribué à diminuer les ressources de la Sécurité sociale tout en diminuant de manière drastique les droits des assurés sociaux.

Cette politique d'austérité n'a pas permis d'équilibrer les comptes sociaux, bien au contraire. Les promoteurs de ces politiques oublient que les dépenses de protection sociale sont aussi des recettes pour l'économie : ainsi, le secteur de la santé représente plus de 10 % du produit intérieur brut. De même, les pensions de retraite permettent aux retraités de consommer et sont donc un facteur de développement économique.

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

LES PROPOSITIONS CGT DE RÉFORME DU MODE DE CALCUL DES COTISATIONS DE SÉCURITÉ SOCIALE

- **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 apporterait à terme plus de 5 milliards d'euros de recettes nettes à la Caisse nationale assurance vieillesse (cotisations nouvelles nettes des prestations) ;

- **supprimer les exonérations de cotisations patronales et le CICE ;**

- **déplafonner des cotisations salariales et patronales ;**

- **transformer la CSG en cotisation salariale et patronale (cf. 4 pages CSG) ;**

- **soumettre à cotisations sociales les fonds d'épargne salariale**

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

- **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.

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** et 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.

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.

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. 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.

Le mode de calcul doit aussi favoriser l'investissement productif et pénaliser la financiarisation. D'où **la proposition** d'une **réelle** mise à contribution des revenus financiers des entreprises.



LA CONTRIBUTION SOCIALE GÉNÉRALISÉE (CSG) : DÉJÀ 27 ANS...



Il est utile de rappeler que la mise en place de la contribution sociale généralisée (CSG), mesure impopulaire, a été adoptée elle aussi au 49.3 (la motion de censure, qui a recueillie 284 voix, soit cinq voix de moins que la majorité absolue, a été rejetée).

La CSG est une contribution sociale créée en 1990 pour « diversifier », mais aussi pour fiscaliser (passer de la cotisation à l'impôt), les sources de financement de la Sécurité sociale. De même, la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) est de fait un impôt créé en 1996 pour combler les déficits de la Sécurité sociale. Ces deux contributions sont prélevées directement sur les revenus du travail et du patrimoine des particuliers.

SON ASSIETTE (SA BASE)

Elle concerne toute personne domiciliée en France et rattachée à un régime français de Sécurité sociale. À la différence des cotisations sociales qui ne portent que sur les revenus d'activité, la CSG concerne, outre les revenus d'activité, les retraites et les revenus de remplacement (allocations chômage, indemnités journalières de maladie...), les revenus du patrimoine et placements (revenus fonciers, rentes viagères, valeurs mobilières...) et les sommes mises et redistribuées par les jeux. Mais la CSG met à contribution principalement les revenus du travail ($\pm 70\%$ selon les années) et les pensions (18% selon les années).

Elle est prélevée à la source sur la plupart des revenus. Elle est recouvrée par l'Urssaf sur les revenus d'activité et par l'administration fiscale sur les revenus du patrimoine (déclaration de revenus).

SA NATURE

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

- 7,5% pour les revenus d'activité salariée ;

- 7,5% pour les accessoires du salaire (par exemple les sommes allouées au titre de l'intéressement et de la participation) ;
- 7,5% pour les allocations de préretraite ;
- 6,6% pour les pensions de retraite et d'invalidité (le taux peut varier en fonction des revenus de 3,8% à 0%) ;
- 6,2% pour les indemnités chômage ;
- 8,2% des revenus du patrimoine et de placement ;
- 9,5% des sommes mises ou redistribuées dans les jeux.

SON AFFECTATION

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

- à la branche famille ;
- au fonds de solidarité vieillesse ;
- à la branche maladie de la Sécurité sociale ;
- à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

SON RENDEMENT

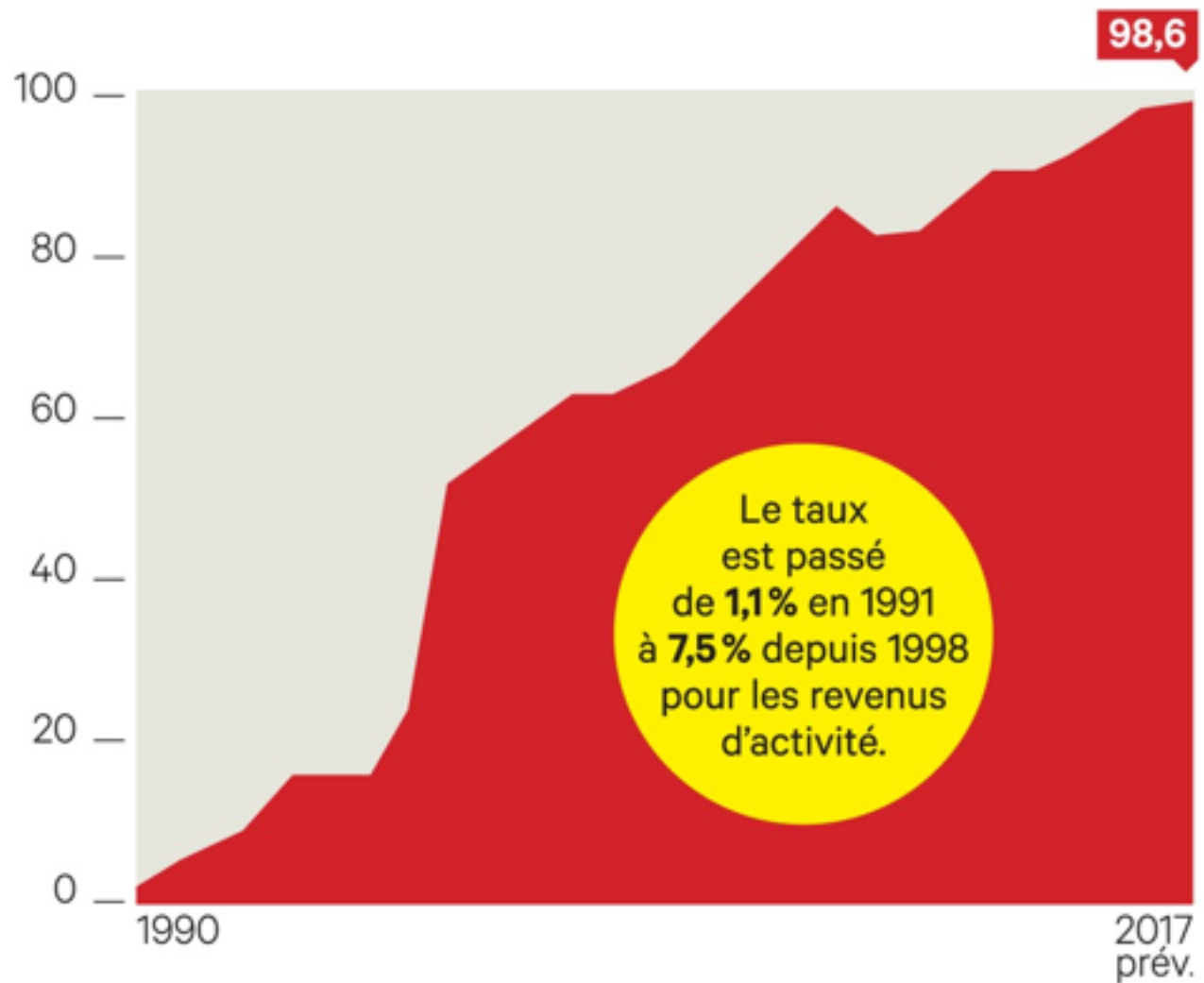
Voir graphique page 2.

LA CSG SELON MACRON

Pour augmenter le pouvoir d'achat, Emmanuel Macron aurait pu augmenter le Smic, les minima sociaux ou imposer des négociations salariales dans les branches et dans la fonction publique, mais il a fait un autre choix. Il prévoit de supprimer les cotisations maladie (0,75% du salaire brut) et chômage (2,4%) acquittées par les salariés, en échange d'une hausse de 1,7 point de contribution sociale généralisée (CSG) pour tous, actifs mais aussi retraités qu'il dit « aisés », à savoir ceux dont la pension est supérieure à 1 198 euros par mois, soit 14 375 euros par an. Ainsi, une pension de 1 200 euros se verra amputée de près de 300 euros par an, 25 euros par mois ! En pratique, un salarié gagnant 2 000 euros par mois recevra 390 euros supplémentaires par an, un autre gagnant 5500

Le produit de la CSG

En milliards d'euros



euros en recevra 1 050 euros de plus... En apparence et dans le discours, il s'agirait d'un gain de pouvoir d'achat. Cependant, contrairement à une cotisation sociale, une partie de la CSG entre dans le revenu imposable, donc se traduira en fait par une augmentation de l'impôt sur le revenu. Cela pourrait aussi modifier l'octroi des aides sociales si dépassement des seuil d'imposition.

COMMENT CETTE MESURE SERA-T-ELLE FINANCÉE ?

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

LA FISCALISATION DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE EST-ELLE « 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 autre *via* l'impôt, le financement de la Sécurité sociale sur les ménages.

QUELLE PART DES RECETTES FISCALES DANS LE BUDGET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ?

Les ressources de la Sécurité sociale se répartissent en six catégories :

- cotisations sociales (58% des ressources totales en 2015) ;
- CSG (23%) ;

- impôts, taxes et autres contributions sociales (12%);
- transferts nets (4%);
- contributions de l'État, autrement appelées contributions publiques (1%);
- autres produits (2%).

Même si les cotisations restent majoritaires elles perdent du terrain (*voir graphique ci-dessous*).

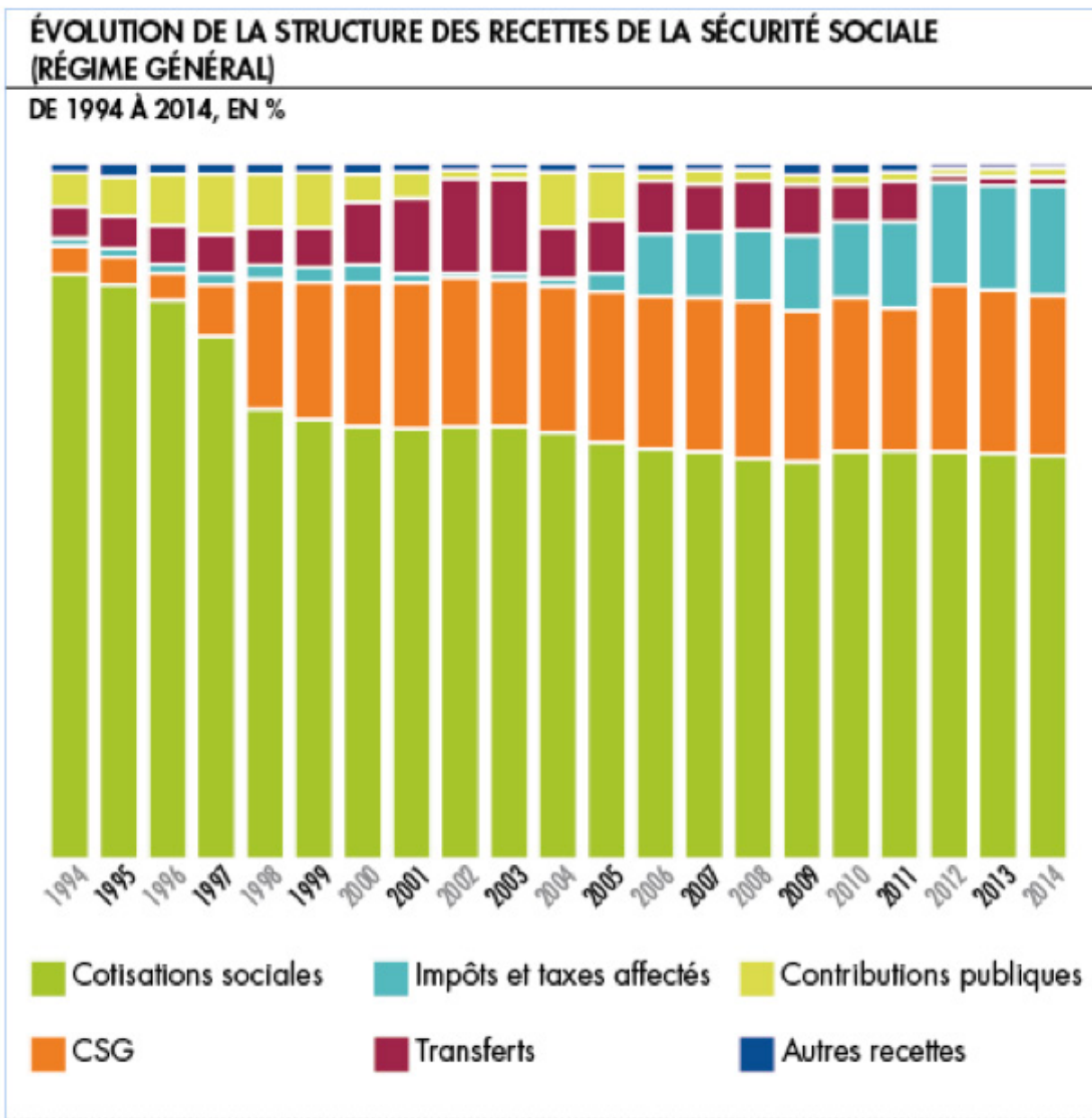
Les cotisations sociales constituent un élément du salaire. Elles sont immédiatement transformées en prestations par la Sécurité sociale (pension, allocation, chômage, maladie...). La cotisation sociale est, comme le salaire direct, prélevée sur la valeur ajoutée, c'est-à-dire les richesses produites 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.

POUR RAPPEL

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

- la fortune des 500 français les plus riches a été multipliée par 7 en vingt ans;
- la France est championne d'Europe 2016 du versement de dividendes aux actionnaires avec 56 milliards distribués;
- le produit intérieur brut (la richesse produite par les travailleurs en un an) atteint les 2 200 milliards d'euros – il était de 1 300 milliards d'euros en 1997.



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

- suppression du crédit d'impôt compétitivité et emploi : 18,7 milliards prévision 2017 (source : Sénat) ;
- les autres niches fiscales dont il faudrait analyser l'efficacité économique : 150 milliards par an ;
- une contribution des entreprises aux collectivités locales rapporterait (si l'on s'en tient au niveau de la taxe professionnelle supprimée en 2010) 10 milliards supplémentaires par an pour les services publics locaux ;
- restaurer un impôt sur le revenu plus juste car plus progressif permettrait de rapporter 20 milliards ;
- instaurer une véritable taxe sur les transactions financières à des taux suffisamment forts pour freiner la spéculation qui nuit à l'activité économique rapporterait 25 milliards ;
- renforcer les services de contrôle pour lutter contre la fraude et l'évasion fiscale pourrait rapporter 80 milliards d'euros ;
- Suppression des exonérations de cotisation : environ 38 milliards ;
- suppression de l'exemption (participation, intéressement) : environ 13 milliards...

LA CGT RÉAFFIRME QUE LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE DOIT ÊTRE ASSISÉ SUR LA COTISATION (DÉBAT 2017 DU CCN)

RAPPEL REPÈRES REVENDICATIFS NOVEMBRE 2015

Pour la CGT (fiche 21 des repères revendicatifs novembre 2015) .

« 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 co-tisation sociale ;

- la part sur les revenus de remplacement pourrait être remplacée partiellement ou en totalité par une cotisation assurance maladie ;
- la part correspondant aux revenus financiers des particuliers deviendrait une contribution à laquelle les revenus financiers des entreprises seraient également soumis.

Montreuil le 11 juillet 2017

MÉDICAMENT LE JUSTE PRIX, UN ACCÈS POUR TOUS

En France comme dans bon nombre de pays, les prix du médicament sont très loin du simple résultat de l'offre et la demande.

Jusqu'aux années 1940, les prix pratiqués par l'industrie pharmaceutique se sont développés sans intervention de l'État. Ce n'est qu'avec l'avènement de l'assurance sociale et pour encourager le développement d'une industrie, que l'État a décidé « d'encadrer » les prix des médicaments. Au départ, l'engagement de celui-ci s'est moins traduit par une politique industrielle que par son inscription dans les politiques sociales nationales, d'où son ministère de tutelle à l'époque, celui de la Famille et de la Santé. S'en est suivi un compromis entre l'État et les firmes pharmaceutiques garantissant 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 » et censé leur fournir des arguments concernant la valeur ajoutée des nouveaux médicaments (coût de production...) et ce n'est qu'en 1999/2000 que le concept de SMR (service médical rendu) s'institutionnalise. L'évaluation est donc censée se faire en quantifiant et mesurant l'efficacité du produit et par rapport aux alternatives thérapeutiques existantes. C'est à cette époque que l'on commence vraiment à se pencher sur le coût réel d'un médicament. C'est aussi à ce moment qu'est sortie la fameuse phrase « la santé n'a pas de prix mais elle a un coût », servie à toutes les sauces encore aujourd'hui.

QUE MET L'ADMINISTRATION DERRIÈRE « SMR » OU « ASMR »

Le service médical rendu (SMR) est un critère établi par la Haute autorité de santé (HAS) qui croise la pathologie visée par un médicament et les données propres à ce dernier fournies pour obtenir l'autorisation de mise sur le marché (AMM). 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 différents :

- SMR majeur ou important, remboursable ;

- SMR modéré ou faible, mais justifiant néanmoins un remboursement d'un niveau plus ou moins haut ;
- SMR insuffisant pour justifier une prise en charge.

L'augmentation du service médical rendu (ASMR) précise le progrès thérapeutique et 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.

Fait important : 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 qui bien souvent sont salariés ou ont des liens avec l'industrie pharmaceutique. Sans être caricatural, on pourrait dire que pour une grande partie des expertises réalisées par la HAS, ce sont les labos qui s'expertisent les uns les autres et à partir de données fournies par eux-mêmes.

La fixation du prix d'un médicament est le fruit de négociations. Après s'être appelé comité des prix, devenu ensuite comité économique du médicament, c'est au sein du comité économique des produits de santé (CEPS) que les discussions ont lieu.

Le CEPS est 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, selon les modalités de la politique conventionnelle, de négocier avec l'industriel le prix de la spécialité remboursable aux assurés sociaux que ce dernier souhaite commercialiser.

Concrètement, c'est sur la base des informations fournies par l'industriel lui-même au stade de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et sur l'avis des experts de la commission de transparence sur



le SMR et/ou l'ASMR que les discussions se font. Chacun aura compris que, déjà à ce stade, il y a un problème, puisque c'est sur la base de données fournies par l'industriel lui-même et d'expertises réalisées par des experts le plus souvent eux-mêmes salariés ou en lien avec l'industrie pharmaceutique – du fait de manque de moyens dans les administrations – que la négociation se fait. Il n'est pas interdit de penser que des arrangements peuvent se faire entre laboratoires : « Fais-moi une fleur quand c'est mon tour, je te renverrai la balle quand ce sera le tien. » Il y a par conséquent un véritable déséquilibre en faveur des laboratoires – sans parler de leur lobbying reconnu comme l'un des plus puissants de l'industrie sur les services publics – 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.

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

- **en fonction des prévisions de vente médicalement justifiées** : lorsqu'un prix est accompagné d'une clause volume/prix, celui-ci est fixé en fonction des volumes de ventes prévisionnels. Si ces derniers sont dépassés, le prix négocié est baissé. 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 25 ans ;
- **prise en compte des actions de promotion au regard des stratégies thérapeutiques** : pas à proprement parler du coût de la publicité – mot tabou dans l'industrie pharmaceutique – mais des coûts d'information et/ou formation des professionnels de santé sur les médicaments. Sauf que dans les pratiques actuelles, cette information des professionnels de santé se fait par une mécanique de ciblage des uns et des autres, de leur facilité à prescrire ou pas et en fonction d'études de marché prenant en compte les pathologies cibles, la/les spécialités des praticiens, leur lieu d'exercice, leur localisation géographique... Bref, pas de la pub mais pire ! On est bien loin de l'obligation d'information à l'ensemble des professionnels de santé qui normalement s'impose aux laboratoires ;
- **prise en compte des économies engendrées par la spécialité dans la pathologie, le cas échéant** : heureusement que le terme « le cas échéant » est indiqué, cela permet pour l'instant au représentant de l'administration d'en faire abstraction autant que possible. Mais c'est devenu l'une des revendications les plus fortes des laboratoires. Le prétexte invoqué est que, 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 économisé sur la Sécurité sociale... L'industrie du médicament, à travers son syndicat – le LEEM – revendique que tout ou partie de ces économies est son dû.

Les pratiques historiques de fixation des prix et des taux de remboursement continuent à peser sur la régulation de l'industrie pharmaceutique. On constate le même phénomène pour le système de fixation des prix, les dispositifs d'AMM ou la propriété intellectuelle : d'un côté les institutions ne cessent de vouloir renforcer l'encadrement de l'industrie pharmaceutique, mais d'un autre côté, force est de constater – malgré des évolutions notables – que les choix politiques prédominent : les dispositions mises en place lèvent des incertitudes productives et commerciales, permettent aux laboratoires d'inscrire leur activité, rentabilité et profitabilité dans la durée.

Argument utilisé par le LEEM pour justifier de leur soi-disant difficulté à être compétitif : la pression fiscale française qui serait de 54 % des résultats, la plus importante en Europe d'après eux. Cette étude a été présentée lors d'une réunion paritaire. Les questions de la CGT aidant, l'expert a fini par nous dire que cette étude (sur le site du LEEM) était à prendre à titre indicatif, les régimes fiscaux des différents pays ayant des politiques complètement différentes, voire opposées. De plus, nous avons soulevé la question de la prise en compte des aides fiscales et autres – Crédit d'impôt recherche, Crédit d'impôt compétitivité emploi, allègement de cotisations – pour mesurer la fiscalité française sur le médicament. Nous avons reçu une réponse négative, l'impact des ces aides étant soi-disant non mesurable. Cette étude n'est en fait rien d'autre qu'une propagande orientée et mensongère.

PRIX DU MÉDICAMENT, CE QUE NOUS DÉNONÇONS

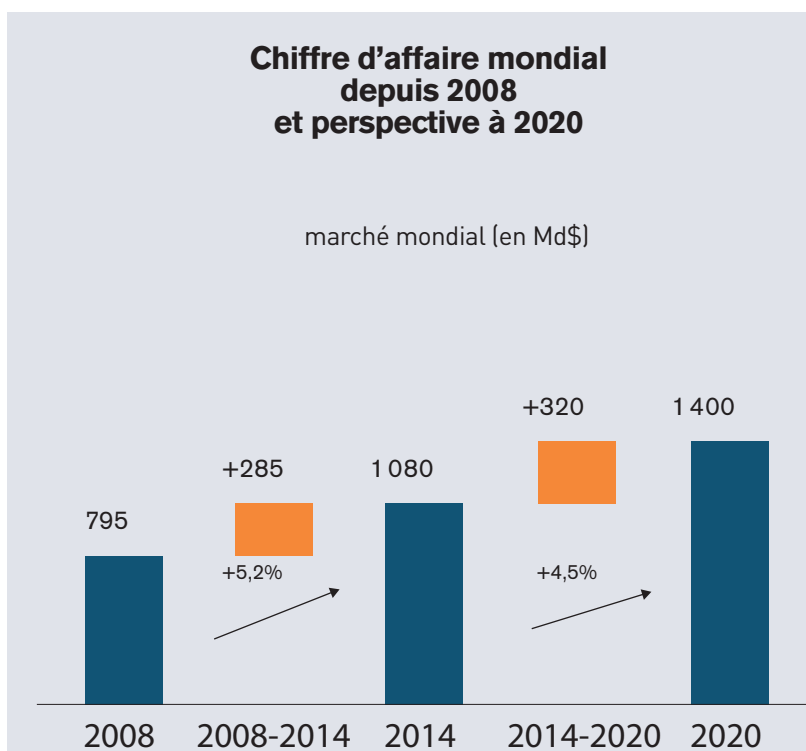
L'industrie du médicament justifie son exigence de prix élevés par des coûts importants – les coûts de recherche et développement, d'industrialisation, les coûts de « promotions », les coûts salariaux, les investissements lourds... C'était peut-être vrai à une époque, mais ce n'est certainement plus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

On peut tout d'abord noter que l'industrie pharmaceutique dispose d'un avenir prometteur... On notera le record pour le laboratoire Gilead à 62 % grâce essentiellement à son médicament Sovaldi. Véritable avancée thérapeutique dans le traitement de l'hépatite C, le prix imposé par le laboratoire est réellement scandaleux. Pour la France, le

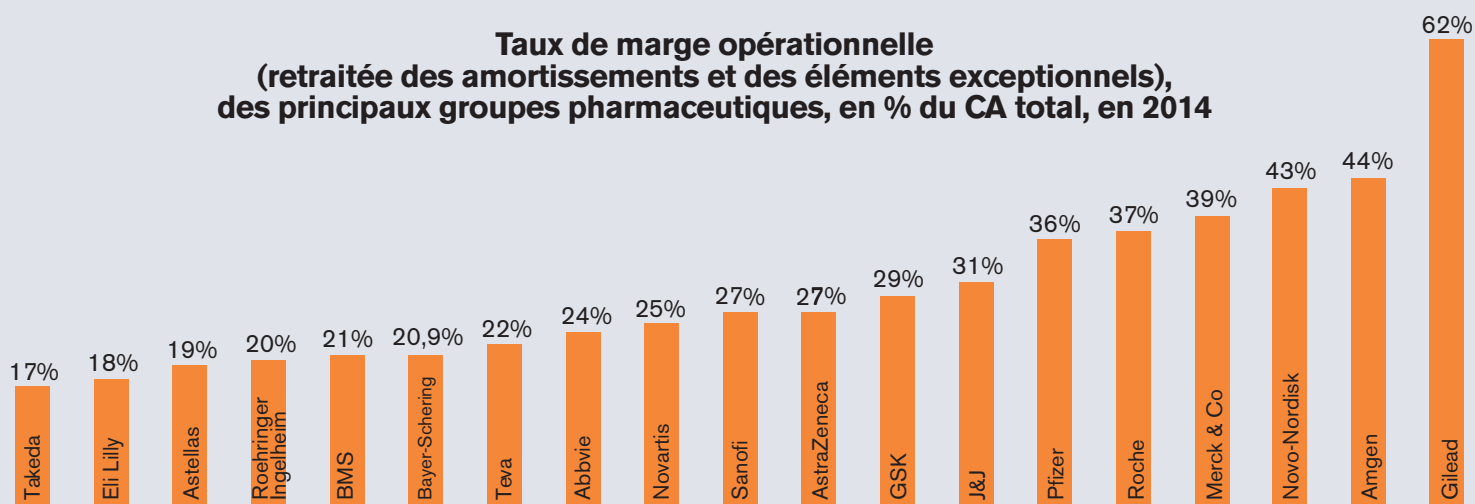
laboratoire avait une exigence d'un prix de 91 000 euros. Après négociation au CEPS, le prix concédé est tout de même de 46 000 euros pour un traitement de 8 semaines, soit une marge de 25 000 euros pour le laboratoire. C'est actuellement l'exemple le plus flagrant des problèmes que nous avons sur le juste prix du médicament. À titre indicatif, le coût en Inde du Sovaldi pour un même traitement est de 2 000 euros, preuve que les exigences de prix des laboratoires sont en fonction des systèmes de protections sociales des différents pays et de leur capacité à payer.

L'industrie du médicament ne cesse de communiquer et d'argumenter sur le fait que les prix sont non seulement justifiés mais en dessous de ce qu'ils devraient être. Pour eux, les politiques d'économie qui leurs sont imposées mettent en danger leur capacité à être compétitif, à investir dans l'outil industriel, à financer la recherche et à

assumer aussi le coût des échecs de recherche – nouvel élément dans leur argumentaire – et le coût et la lenteur des AMM en France. S'il est vrai que le médicament pèse un peu moins de 15% dans le budget de la Sécurité sociale, il est aussi vrai que les économies exigées sur le médicament dans le cadre de l'Ondam représentent 50%, entre 1 et 1,4 milliard par an sur les cinq dernières années. Le LEEM n'hésite bien sûr pas à en faire état et s'en plaindre. Pour nous, c'est un faux problème et même une nécessité : l'équilibre budgétaire de la Sécurité sociale doit prédominer sur tout le reste. Quand bien même nombre de solutions peuvent et doivent être apportées pour la pérennisation de notre système de protection sociale, la réduction des coûts liés au médicament est justifiée et doit se poursuivre, pas par une baisse des taux de remboursement ou autre qui impacterait forcément les patients, mais bien par l'obtention d'un juste prix du médicament et par un véritable nettoyage de la pharmacopée.



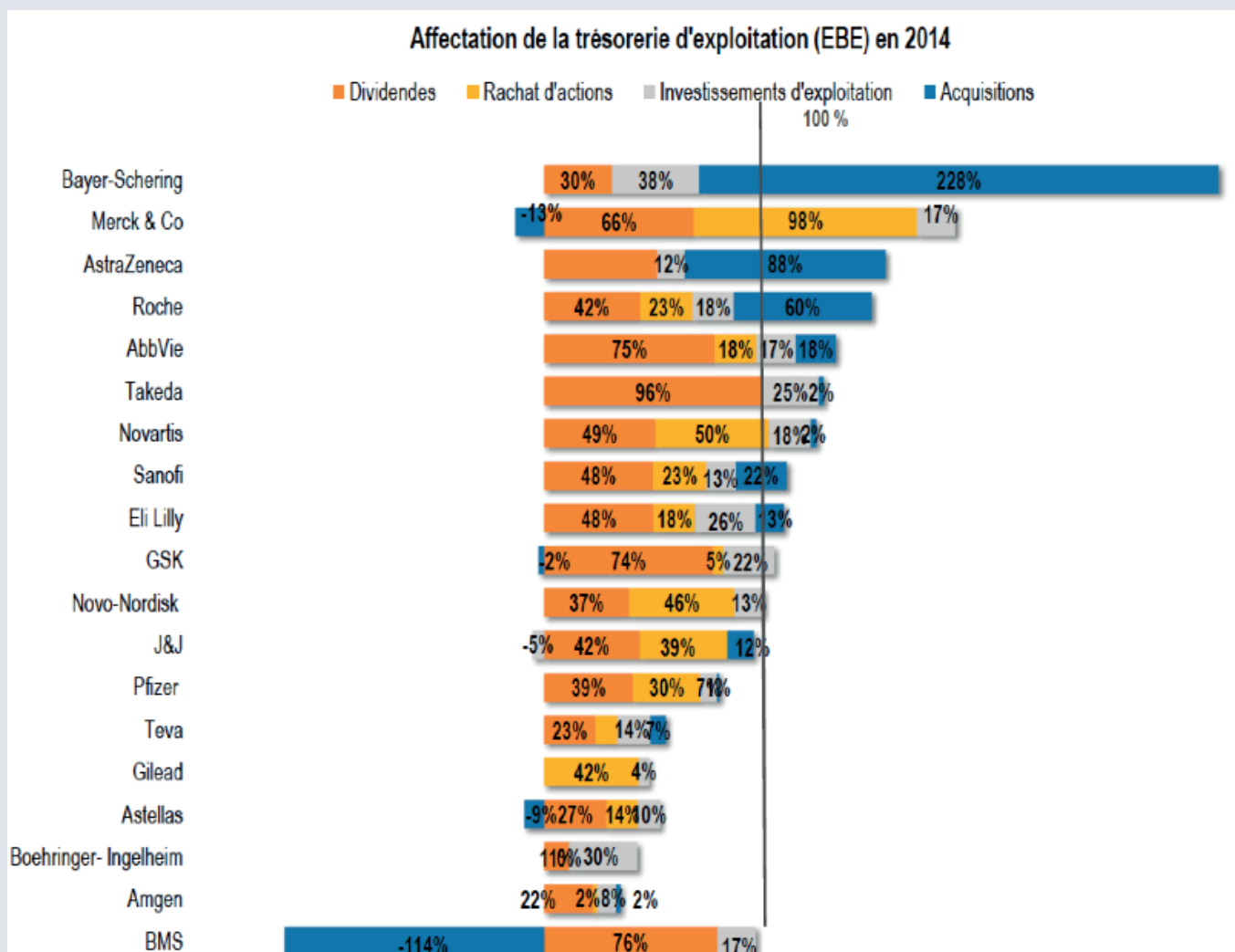
Taux de marge opérationnelle (retraitée des amortissements et des éléments exceptionnels), des principaux groupes pharmaceutiques, en % du CA total, en 2014



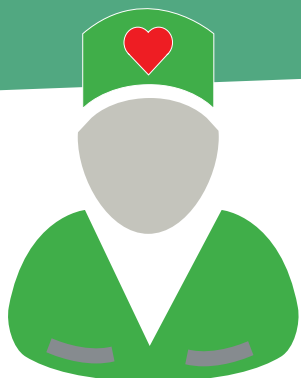
Quid des arguments du LEEM contre les politiques menées, qui soi-disant les tuent à petit feu ? Les chiffres du graphique ci-dessous, représentant l'affectation des résultats de plusieurs groupes pharmaceutiques, parlent d'eux-mêmes.

En 2014, 71% du résultat de Sanofi a été octroyé au rachat d'actions et versement du dividende 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).

Sans en faire une conclusion ou la seule solution, n'y a-t-il pas là un axe de réflexion, une piste à suivre ? En ce qui nous concerne c'est une revendication. Le médicament n'est pas un bien marchand. L'industrie pharmaceutique doit revenir à ce qu'elle 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, celles 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.



DE RÉORGANISATION DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ



Notre système de santé rencontre aujourd'hui de graves difficultés (accès aux soins, privatisation accrue de la médecine...), sources de risques pour la santé de la population. La CGT développe des propositions pour résoudre ces problèmes et permettre une réorganisation de notre système de santé.

/1

Il n'y a pas assez de médecins

Problème – Pendant près de 15 ans, le nombre de médecins en formation a été divisé par deux pour atteindre un plancher à moins de 4 000 par an alors que ce nombre était de près de 8 000 au début des années 1980. Nous retrouvons cette année à peu près ce même chiffre.

Si le nombre de médecins a pu être maintenu en France ces dernières années, ce n'est que grâce à l'apport de médecins formés à l'étranger : aujourd'hui près de 25 % des nouveaux médecins qui s'inscrivent au Conseil de l'Ordre ont obtenu leur diplôme hors de France. Dans le même temps, le pourcentage d'admis au concours de fin de première année est d'environ 15 %. Il ne manque donc pas de jeunes en France pour devenir médecins, mais ils sont rejetés par le système et certains d'entre eux partent à l'étranger pour faire leurs études.

Par ailleurs, le nombre de spécialistes exerçant en France a fortement augmenté et dépasse celui des généralistes. Mais 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. Ils ne sont que 45 000 et sont mal répartis sur le territoire.

SOLUTIONS

► Suppression du *numerus clausus* et possibilité laissée aux universités d'organiser plusieurs voies d'entrée dans les études de médecine, y compris la possibilité d'intégrer le cursus après une validation des acquis de l'expérience (VAE) pour certains professionnels, notamment paramédicaux.

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

/2

Les médecins sont mal répartis sur le territoire

Problème – Les médecins sont de plus en plus concentrés dans les centres des grandes villes tandis qu'ils désertent les campagnes et les banlieues. Par ailleurs, certains spécialistes sont soit complètement absents de certaines zones, soit ils appliquent tous des dépassements d'honoraires qui limitent leur accès aux plus précaires.

Toutes les mesures « incitatives » proposées par les différents gouvernements depuis plus de vingt ans se sont avérées vaines. En effet, les zones alors déficitaires le sont encore plus aujourd'hui !

SOLUTIONS

► Les zones d'installation permettant un conventionnement par la Sécurité sociale sont définies annuellement par les pouvoirs publics. Les médecins qui s'installent hors de ces zones ne sont pas conventionnés. Ce système a été mis en place pour les infirmières il y a plusieurs années et a permis une nette régression des disparités géographiques – sans provoquer de lever de bouclier dans la profession.

► Mise en place de mécanismes de réorientation professionnelle permettant de contractualiser avec les praticiens volontaires, la prise en charge financière de leur formation continue contre un engagement à travailler dans une zone prédéfinie.



/3

Le mode d'exercice en cabinet isolé n'est plus adapté et ne correspond plus aux aspirations des jeunes médecins

Problème – 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).

L'aspiration majoritaire des jeunes médecins (au sein d'une profession majoritairement féminine) s'articule autour de deux axes principaux : une activité en groupe pluriprofessionnel et le salariat (ou une rémunération globalisée au sein d'une structure dont la gestion administrative n'est plus de leur responsabilité).

SOLUTIONS

- ▶ Favoriser 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 est soit salarié, soit travailleur indépendant au sein d'une structure de gestion collective.

/4

La rémunération à l'acte n'est plus adaptée au mode d'exercice actuel qui nécessite une collaboration entre de multiples professionnels organisant un parcours de soin adapté à chaque patient sans rupture entre la ville et l'hôpital

Problème – La médecine du XXI^e siècle n'est plus celle du début du XX^e siècle et du paiement à l'acte. Aujourd'hui, le constat est celui d'un patient qui va d'un professionnel de santé à un autre avec un empilement d'actes sans véritable coordination. Ce travail de coordination, essentiel aujourd'hui pour une bonne prise en charge, ne rentre dans aucune case. Le résultat est souvent de mauvaise qualité, avec un « nomadisme » médical, une surconsommation de médicaments – ayant de nombreux effets secondaires, source de nouveaux problèmes de santé – et un patient qui se sent trop souvent perdu et insatisfait. Tout cela provoque ce que l'on appelle une perte d'efficacité. En d'autres termes, il s'agit d'un véritable gâchis où les moins armés pour s'orienter – à savoir les moins éduqués et les plus pauvres – sont mal ou trop tardivement pris en charge.

SOLUTIONS

- ▶ Fin de la rémunération à l'acte et financement forfaitisé – avec une part liée à la variation du volume d'activité – des structures de soins conventionnées avec la Sécurité sociale.
- ▶ Les structures de soins rémunèrent les professionnels de santé soit sous forme de salaire, soit, dans le cas de structures associatives regroupant des travailleurs indépendants, sous la forme d'une rémunération globale en fonction des critères définis par¹⁷ leurs membres.

/5

Le manque de lien entre la ville et l'hôpital

Problème – Historiquement, ces deux mondes se sont développés de manière parallèle sans véritable coordination, voire parfois en opposition.

Les enjeux d'une continuité nécessaire entre la ville et l'hôpital sont mis en lumière par l'évolution catastrophique de la situation des urgences. La fin de l'obligation de la garde des médecins de ville décidée en 2002 par le ministre de la Santé de l'époque, Jean-François Mattéi, a abouti à une augmentation de plus de 50 % du nombre de passages aux urgences : 12 millions de passages en 2002, près de 19 millions en 2015. Cette situation était prévisible au regard des expériences étrangères du même type. Il n'est par ailleurs pas acceptable que 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 ». De nombreuses études ont montré deux choses : premièrement, les patients viennent aux urgences car ils ne peuvent plus obtenir une consultation auprès de leur médecin traitant – quand ils en possèdent un – dans la journée et ils se présentent par défaut aux urgences ; deuxièmement, 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.

Un autre exemple est la sortie de l'hôpital du patient le vendredi soir sans compte-rendu et sans organisation des soins en ville. Trop souvent, les plus fragiles, notamment les personnes âgées, se retrouvent isolés dans des situations inextricables pour trouver une infirmière ou pour se procurer le matériel médical dont ils ont besoin.

SOLUTIONS

- ▶ 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).
- ▶ Une activité mixte ville-hôpital pour un nombre important de médecins, ce qui correspond à leurs aspirations et permet également 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 intéressant le territoire au sein duquel l'hôpital et un réseau de centres de santé gèrent l'offre de soin.

/6

La coexistence d'un service public et d'un secteur privé à but lucratif au niveau de l'hospitalisation

Problème – La mise en place en 1945 de la Sécurité sociale a laissé perdurer de nombreux éléments de l'ancien système, que ce soient les assurances complémentaires, la médecine libérale ou les cliniques privées. Il s'agit d'une situation étonnante au regard du système étatisé anglais ou du système allemand où seul le secteur privé à but non lucratif a droit de cité.

Avant le tournant de la rigueur des années 1980, les progrès de la médecine alliés au développement d'hôpitaux publics modernes, notamment des CHU, a masqué le fait que le «ver était dans le fruit». En effet, tant que les cliniques privées étaient des structures mises en place par des médecins qui en étaient les propriétaires, personne n'y voyait d'inconvénient. Mais au tournant des années 1990, des investisseurs, notamment étrangers, ont racheté ces cliniques et ont souhaité rentabiliser leurs capitaux. Sont alors apparus en plein jour les réalités d'un système à but lucratif : sélection des activités rentables, restructurations massives et concurrence avec le système public. Aujourd'hui nous sommes face à de grands groupes dont certains comme Elsan ont leur siège dans un paradis fiscal et sont de véritables prédateurs.

SOLUTIONS

► Le conventionnement par la Sécurité sociale est réservé aux structures publiques et privées à but non lucratif. Les établissements privés à but lucratif ne devront plus bénéficier d'un financement par la Sécurité sociale pour leur investissement.

► L'objectif est de construire un grand service public de la santé reposant sur des centres de santé et des hôpitaux à statut public, avec du personnel bénéficiant du statut de la Fonction publique. La santé fait partie pour la CGT des domaines d'activité qui relèvent de la responsabilité de l'État, car il s'agit d'un bien commun qui ne peut être dans la sphère du secteur marchand.

/7

Une part de plus en plus importante de la population ne peut plus bénéficier d'un établissement hospitalier de proximité dans son territoire

Problème – La stratégie des libéraux est d'ouvrir le marché de la santé au capital. Pour cela, il est nécessaire d'affaiblir l'épine dorsale du système public de santé, à savoir l'hôpital public. C'est ainsi que depuis maintenant près de trente ans, nous assistons à la fermeture progressive de la plupart des hôpitaux de proximité. Dans un premier temps, l'argument de la sécurité a été mis en avant sans aucune preuve de cette affirmation, puis aujourd'hui c'est celui de la pénurie médicale qui a été sciemment organisée pour aboutir à cette évidence !

Plusieurs arguments viennent contredire cette «logique». Premièrement, la fermeture des maternités de proximité, alors qu'on nous propose aujourd'hui de les remplacer par des maisons de naissance où ne seront présentes que des sages-femmes. Deuxièmement, la fermeture des blocs opératoires, du fait de leur faible activité qui nuit à la qualification des chirurgiens. Or ce qui compte n'est pas le nombre d'actes par bloc opératoire, mais bien le nombre d'interventions par chirurgien. À l'heure du développement de la chirurgie ambulatoire, la problématique est bien que le chirurgien se déplace et exerce sur plusieurs sites, plutôt que de demander au patient de se déplacer dans des « usines à opérer » très loin de chez lui.

SOLUTIONS

► Il s'agit de maintenir et de développer un maillage d'hôpitaux de proximité qui corresponde à une logique d'aménagement du territoire.

► L'hôpital de proximité est 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 est en lien avec un réseau de centres de santé et la psychiatrie de secteur.



Les décisions dans le domaine de la santé souffrent d'un manque de démocratie

Problème – Cette situation s'est aggravée avec la mise en place des ARS (agences régionales de santé). Si l'objectif d'un pilotage territorial du secteur de la santé peut être considéré comme une avancée, la nouvelle configuration régionale a créé des entités qui ont la taille de certains pays européens, avec un éloignement des structures décisionnelles du terrain. Par ailleurs, la concentration des pouvoirs dans les mains du directeur général ne laisse quasiment aucune place à l'expression démocratique. Enfin, 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.

SOLUTIONS

- ▶ Rétablissement de structures administratives déconcentrées de l'État dans les territoires comme l'étaient les Ddass et les Drass. Ces structures doivent retrouver leurs prérogatives qui ont trop souvent été confiées à des « agences » développées en dehors de l'administration d'État.
- ▶ Création de Chambres territoriales de santé dans lesquelles siègeraient des élus, des représentants locaux des pro-fessionnels et des organisations syndicales de salariés, les organismes de Sécurité sociale et les services déconcentrés de l'État.

Pour plus de détails, se référer aux pages 4 et 5 du document «[Système de santé : nos propositions alternatives](#)» disponible sur le site www.cgt.fr rubrique «[Société](#)» puis «[Système de santé](#)»



la
cgt

Une force
à vos côtés

Santé • Hôpital • Sécurité sociale

www.cgt.fr

La santé

un droit pour tous

Une protection
sociale garantie
Égalité d'accès
aux soins

Haute Fréquence - © Getty



www.cgt-ratp.fr



cgt.ratp@gmail.com



[/cgtratp](https://www.facebook.com/cgtratp)