

SNPTAS CGT Info N° 3  
5 novembre 2018

Le 6 décembre vous voterez pour élire vos représentants aux Comités Techniques ministériels et locaux, aux CAP et CCP des différents corps. Les résultats de ces scrutins permettront également de composer les CHSCT, le Comité Central et les comités locaux d'action sociale. La profession de foi de la CGT que vous trouverez avec votre matériel de vote ne permet pas de développer des sujets pourtant essentiels pour votre avenir. C'est pourquoi le SNPTAS CGT fait le choix de vous informer plus en détail sur dix thèmes en vous présentant nos analyses et nos revendications. Celles-ci sont élaborées par des militants de terrain, avec les syndiqués et sont le reflet des attentes exprimées par les agents au quotidien.

**Le vote pour les listes présentées par la CGT le 6 décembre, c'est l'assurance d'être soutenus aidés par des élus engagés, disponibles et proches de vous dans tous les services.**

## ACTION SOCIALE – PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE - SÉCU



### DANS LA CIBLE DU GOUVERNEMENT

*L'action sociale, les prestations, la sécurité sociale et la protection sociale complémentaire sont la cible, dans la continuité d'AP 2022, des attaques du gouvernement, à la fois pour des raisons d'économies budgétaires, mais surtout de volonté de poursuite de la casse du statut de la Fonction Publique et de tous les dispositifs de garanties collectives des salariés.*

lire la suite page 2

### ANALYSES et REVENDICATIONS

GIEC-Ecologie, Retraites, **Action et Protection sociales**, Education et Sécurité routières, Statut et déprécarisation, CHSCT et conditions de travail, Salaire - primes-carrières, Egalité professionnelle et discriminations, Secteur maritime, Action Publique 2022...

*(Retrouver les numéros parus en ligne : <http://snptas-cgt.net>, Accueil du site > ÉLECTIONS PROFESSIONNELLES > Élections 2018 > Boîte à outils SNPTAS CGT > Campagne > SNPTAS CGT Infos)*

## VOTONS ET FAISONS VOTER CGT

pour la défense,  
la reconquête et le développement  
des services publics

#jevotecgt  
le6décembre



# Action sociale

## Action sociale

C'est un droit statutaire pour les agents de la Fonction Publique de l'Etat qui n'est ni un complément de salaire, ni un dispositif d'accompagnement des réformes et des restructurations des services.

L'action sociale, culturelle et sportive reconnue dans la loi du 13 juillet 1983, repose sur 2 niveaux : interministériel par le biais du CIAS (comité interministériel d'action sociale) et des SRIAS (sections régionales interministérielles) et dans chaque ministère.

Le [décret du 6 janvier 2006](#) précise que « l'action sociale, collective ou individuelle, vise à améliorer les conditions de vie des agents de l'Etat et de leurs familles, notamment dans les domaines de la restauration, du logement, de l'enfance et des loisirs, ainsi qu'à les aider à faire face à des situations difficiles ».



Le budget d'action sociale des MTES/MCTRCT doit couvrir les besoins des agents à la fois en matière de prestations individuelles (secours, subventions-vacances, aides aux parents d'enfants handicapés, aides à la scolarité ...) et en prestations collectives (restauration, arbres de Noël, crédits d'initiative locale pour actions collectives, subventions de fonctionnement des associations nationales FNASCE et CGCV).

➔ La CGT alerte au niveau du Comité Central d'Action Sociale (CCAS) sur l'insuffisance des moyens pour permettre aux agents des MTES/MCTRCT de répondre à leurs besoins en matière de logement (absence de prêt pour l'accession ou l'amélioration de l'habitat), de places en crèches, d'accès aux vacances et d'actions collectives dans les services, organisées par les CLAS et financées par les crédits d'initiative locale (CIL).



En matière de restauration collective, le reste à charge pour les agents est encore trop élevé pour beaucoup d'agents et le nombre de restaurants administratifs et inter-administratifs est en diminution avec les fermetures et les mutualisations de services.

Dans les DDT-M comme dans toutes les DDI, la CGT a obtenu que le SGG mette en œuvre une harmonisation des restes à charge des agents qui déjeunent dans le même restaurant, par le versement d'une subvention complémentaire.

C'est une avancée non négligeable qui doit être étendue aux agents des DREAL en 2019 et 2020 mais rien n'est prévu pour les autres services des MTES/MCTRCT et notamment en DIR et en DIRM, et des inégalités perdurent selon le type de restaurant.

➔ La CGT demande que tous les agents aient accès à une restauration collective de qualité, de proximité et avec un reste à charge maximum correspondant à la valeur d'1 point d'indice.

# Action sociale

La fusion des DREAL et des régions, entraîne notamment à compter de janvier 2019, la fusion des CLAS et des commissions régionales d'action sociale (CRCAS).

La CGT dénonce le double langage de la DRH qui affiche sa volonté de maintenir l'action sociale ministérielle et qui refuse le maintien d'une action sociale de proximité en réduisant le nombre de membres dans les CLAS des DREAL fusionnées.

➔ **La CGT revendique la mise en place d'un CLAS dans chaque service, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui, un nombre de membres dans les CLAS des DREAL fusionnées, proportionnel au nombre d'agents et le développement d'une information en direction de tous les agents actifs et retraités sur leurs droits.**



Le gouvernement revient à la charge pour tenter de taxer les prestations d'action sociale (aides, prêts sociaux, chèques-vacances, chèques-emplois service universel ...) !!!

Il y avait déjà eu des tentatives pour appliquer des taxes sur les prestations sociales considérées comme des avantages en nature et aujourd'hui, le gouvernement, par le biais de 2 amendements dans le cadre de l'examen du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PLFSS) 2019, veut instaurer un plafond d'exonération pour toutes les aides servies aux salariés dans le cadre des activités sociales et culturelles et en particulier les chèques-vacances.

Cela vise les prestations des Comités d'Entreprises et remettrait en cause le modèle de l'agence nationale des chèques-vacances, Bien évidemment, ces mesures pourraient ensuite être appliquées dans la Fonction Publique.

## VOIR PAGES SUIVANTES :

- **LE COMMUNIQUÉ CGT du 30 octobre**  
Le gouvernement se paie sur le dos des activités sociales et culturelles
- **LA MOTION DE L'ANCAV-TT\* du 30 octobre**  
Touche pas à mon CE/CSE

\* Association Nationale de Coordination des Activités de Vacances des Comités d'Entreprise, Associations de Tourisme Social et autres Collectivités dite ANCAV Tourisme et Travail

# Action sociale

SNPTAS CGT info N°3 5 novembre 2018



The image is a screenshot of the CGT website. At the top, there is a navigation bar with links for 'SYNDIQUEZ-VOUS', 'NEWSLETTER', and 'CONTACTEZ LA CGT'. To the right, there is a banner for the '13-17 MAI 2019 | DIJON' congress with the slogan 'AU CŒUR DU TRAVAIL POUR BÂTIR L'AVENIR'. Below the navigation bar, there are social media icons for Facebook and Twitter, and a search bar. The main content area features a red header with the 'la cgt' logo and navigation tabs for 'TRAVAIL', 'SOCIÉTÉ', 'INTERNATIONAL', and 'LA CGT'. A sub-header reads 'COMMUNIQUÉS DE PRESSE'. The main article title is 'ACTIVITÉS SOCIALES ET CULTURELLES DES CE' in red, followed by the subtitle 'Le gouvernement se paie sur le dos des activités sociales et culturelles' in black. The date 'mardi 30 octobre 2018' is shown in red. The article text discusses the impact of social and cultural activities on the economy and the challenges posed by government budget cuts.

**ACTIVITÉS SOCIALES ET CULTURELLES DES CE**

## Le gouvernement se paie sur le dos des activités sociales et culturelles

mardi 30 octobre 2018

En plus de 70 ans, le paysage social, le tissu économique, les pratiques culturelles sportives et de loisirs des salariés ont profondément évolué, grâce à l'activité des CE qui a permis de pérenniser les conquêtes sociales et malgré les attaques patronales. Or, dans le cadre de l'examen du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2019, l'Assemblée Nationale a adopté un amendement et un sous-amendement visant à modifier les modalités d'attribution des activités sociales et culturelles (ASC). L'amendement n°252 instaure un plafonnement d'exonération de 331 euros par an et par salarié (662 euros en cas d'enfant à charge) qui s'appliquerait à toutes les prestations servies aux salariés pour l'exercice d'une activité sportive, culturelle ou l'aide aux vacances.

Le sous-amendement n°1589 déposé en séance par le Gouvernement concerne plus particulièrement le Chèque Vacances. Son contenu permettrait la fiscalisation sur le volume des chèques vacances qui pourrait réduire la possibilité des CE d'en faire usage, remettant en cause le modèle ANCV (agence nationale des chèques vacances). Selon ses estimations, le Gouvernement pourrait récupérer environ 1,7 milliard d'euros, grâce au plafonnement d'exonération, aux nouveaux dispositifs de fiscalisation et les contraintes nouvelles liées à la mise en place des CSE.

Si cet amendement reste en l'état, ce serait une attaque sans précédent contre le droit aux vacances, l'accès à la culture et au sport pour toutes et tous. Ce que nous ne pouvons que dénoncer.

Sous couvert de se préoccuper de la qualité des prestations sociales délivrées par les CE, les attaques visent à faire payer aux salariés le redressement du budget de l'État et de la Sécurité Sociale.

Dans le même temps, des dispositifs sont déployés pour permettre aux employeurs de s'exonérer de cotisations sociales sans que leur efficacité soit démontrée sur le terrain de l'emploi et du progrès social.

La CGT va dès à présent passer à l'offensive et interpeller les députés en territoire pour exiger le retrait de ces dispositions.

Montreuil, le 30 octobre 2018

# Action sociale



ouvrir à tous de nouveaux horizons

## MOTION

### TOUCHE PAS A MON CE/CSE

Une nouvelle fois, dans le cadre de l'examen du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2019, l'Assemblée Nationale a adopté un amendement et un sous-amendement visant à modifier les modalités d'attribution des Activités Sociales et Culturelles (ASC).

L'amendement n°252 instaure un plafonnement d'exonération de 331 € par an et par salarié (662 € en cas d'enfant à charge) qui s'appliquerait à toutes les prestations servies aux salariés pour l'exercice d'une activité sportive, culturelle ou pour l'aide aux vacances.

Cette modification, intervenue par voie d'amendement et sans concertation, met en danger la vocation sociale et familiale des ASC et va par conséquence impacter défavorablement l'accès aux vacances et aux loisirs.

Une fois de plus, le gouvernement Macron s'attaque au droit aux ASC des 11 millions de salariés et de retraités, bénéficiant des prestations des 33 000 CE et CSE.

Après avoir imposé la mise en place des CSE, qui conduit à la baisse du nombre de Représentants du Personnel et des moyens associés, c'est une nouvelle attaque contre les CE/CSE et par la même contre les salariés.

Après des baisses des crédits d'action sociale interministérielle, les attaques portées au CGOS, les COS et CASC menacés, les agents et pensionnés de la Fonction Publique (3 versants), dont le droit aux ASC n'est pas sanctuarisé législativement vont être encore d'avantage impactés.

Les CE/CSE créent et développent le lien social dans leurs entreprises et participent également à la vie des associations sportives, culturelles et du secteur du tourisme social.

Si cette attaque est confirmée, c'est tout le tissu social et solidaire de notre pays qui est menacé.

L'Assemblée Générale Extraordinaire de l'ANCAV-TT, réunie le 30 octobre 2018 à Montreuil, appelle les élus et mandatés des CE/CSE, COS, CASC, SRIAS, CIAS et Associations à se mobiliser et à intervenir auprès des députés, sénateurs et gouvernement pour exiger le retrait de ces dispositions.

A Montreuil, mardi 30 octobre 2018

# Protection sociale complémentaire

## Protection sociale complémentaire

Le secrétaire d'Etat en charge de la Fonction Publique a demandé un rapport aux inspections générales sur les dispositifs de protection sociale complémentaire dans la Fonction Publique.

 **La CGT revendique une véritable prise en charge de l'employeur-Etat des cotisations des salariés à hauteur de 50 %, C'est très loin d'être le cas aujourd'hui !**

Une nouvelle campagne de référencement a été lancée en 2017 et 2018 dans tous les ministères et les assureurs privés ont remporté plusieurs appels d'offres.

La CGT et l'ensemble du CCAS avaient demandé des engagements financiers concrets des MTES/MCTRCT et un cahier des charges garantissant une proposition de protection sociale complémentaire avec une offre globale "santé-prévoyance-dépendance" couvrant les agents actifs et retraités.

Les propositions du DRH ne sont pas à la hauteur des attentes et la CGT a refusé de signer le cahier des charges.

*Voir la fiche argumentaire page suivante : "Protection Sociale Complémentaire, pas de tarifs : la CGT ne signe pas !" ([http://equipementcgt.fr/IMG/pdf/referencement\\_2\\_prix-2.pdf](http://equipementcgt.fr/IMG/pdf/referencement_2_prix-2.pdf))*

Selon le choix qui sera fait en novembre par la DRH entre les 3 organismes qui ont répondu à l'appel d'offres, **la CGT sera présente auprès des agents des MTES/MCTRCT pour les informer sur le détail des tarifs et prestations proposées et pour continuer à exiger que les "transferts de solidarité" intergénérationnels, familiaux et selon les revenus, soient bien effectifs et que la participation de 900 000 euros de nos ministères soit bien versée.**



**VOIR PAGE SUIVANTE LE COMMUNIQUÉ CGT**

**"Protection Sociale Complémentaire, pas de tarifs : la CGT ne signe pas !"**

mardi 25 septembre 2018

[http://equipementcgt.fr/IMG/pdf/referencement\\_2\\_prix-2.pdf](http://equipementcgt.fr/IMG/pdf/referencement_2_prix-2.pdf)



# Protection sociale complémentaire



Fédération Nationale  
Équipement - Environnement

" Le service public, un bien essentiel "

[cliquez ici](#)

[Accueil](#) > [Vie des personnels](#) > [Action et Protection Sociales](#) > [Protection Sociale](#) > [Protection Sociale Complémentaire, pas de tarifs : la CGT ne signe pas \(...\)](#)

[Documents joints](#)

## Référencement pour la protection sociale complémentaire

### Nous ne connaissons pas le prix, nous ne signons pas !

mardi 25 septembre 2018

« Signez d'abord, vous aurez le prix après ! ». C'est la phrase qui pourrait résumer une des nombreuses failles du protocole d'accord proposé aux organisations syndicales des MTES et MCT et que la CGT n'a pas signé.

Qui dans sa vie quotidienne accepterait une telle démarche ? Qui signe un bon de commande d'un bien ou d'un service sans en connaître le prix ?

Pour la CGT, le bon sens aurait été d'avoir communication des tarifs. En effet, signer un protocole d'accord sur la complémentaire santé, c'est donner, dans un sens « le label syndical » de son organisation à la démarche mais aussi aux prestations et aux tarifs<sup>1</sup>. Or, nous ne les connaissons pas alors même que le cahier des charges est publié depuis le 07 août 2018 et que les organismes ont pu y répondre jusqu'au 28 septembre 12h00.

La CGT n'a pas signé le protocole d'accord car en plus de ne pas connaître les tarifs, nous ne connaissons pas non plus l'ensemble des prestations !

En effet, dans le protocole d'accord et dans l'appel d'offre (disponible sur le BOAMP) l'administration renvoie dans son article 10 (P7) au fait que « *les candidats devront notamment préciser si les assurés peuvent avoir accès à : -un réseau de soins, un réseau de tiers payant, des prestations d'action sociale, des prestations d'assistance, des prestations ayant trait à la prévention* »

Or, la CGT, a demandé lors des négociations que dans le cahier des charges certaines prestations et notamment l'assistance, le tiers payant, la prévention et l'action sociale soit en couplage intégral et surtout que les prestations soient définies. L'employeur préfère laisser aux rouages «de la concurrence » le soin de faire des propositions.

Mais ces propositions sont-elles dans les critères de notations ? Pour ce que nous en savons... NON !

L'assistance sera financée comment ? Aucune réponse de l'employeur ! Comme si un service pouvait être gratuit...

**La CGT n'a pas signé le protocole d'accord notamment parce qu'elle n'avait aucune vision de l'ensemble des prestations et des tarifs, ce qui selon elle est contraire à l'intérêt des potentiels bénéficiaires !**

<sup>1</sup> La CGT reviendra dans de prochains articles à paraître sur les prestations et les tarifs

# Sécurité sociale

SNPTAS CGT info N°3 5 novembre 2018

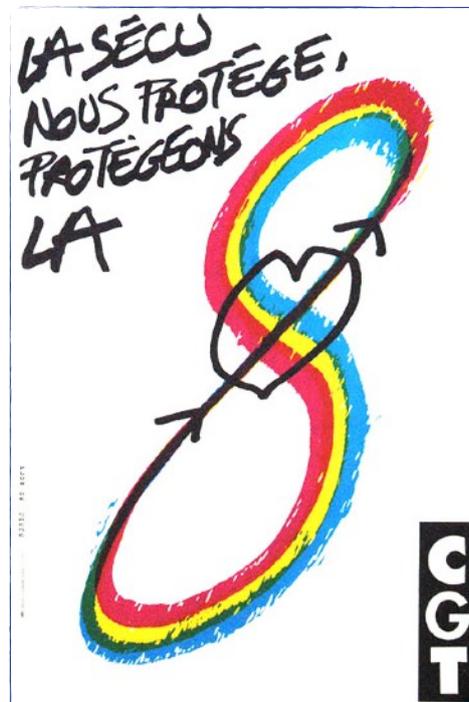
## Sécurité sociale

Le gouvernement entend bien organiser le plus grand hold-up du siècle en utilisant le budget de la sécu pour réduire le déficit de l'Etat.

*VOIR PAGE SUIVANTE LA DÉCLARATION CGT dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2019*

Le tour de passe-passe sur les annonces du "reste à charge Zéro" pour les frais de santé.

*VOIR PAGE SUIVANTE LE 4 PAGES CGT sur le reste à charge Zéro pour les frais de santé : la réalité !*



## A venir

### SNPTAS CGT INFO N°4

consacré à l'Education et la Sécurité routières

**jeudi 8 novembre 2018**

**VOTONS ET FAISONS VOTER CGT**

pour la défense,  
la reconquête et le développement  
des services publics

**#jevotecgt**  
le 6 décembre



# Sécurité sociale

## Projet de loi de financement de la sécurité sociale 2019

### Déclaration de la CGT

L'ensemble des caisses nationales de Sécurité sociale ont été réunies le 2 octobre 2019 pour donner un avis motivé sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2019.

Elles l'ont massivement rejeté ; c'est un fait historique pour la Sécurité sociale face à une attaque sans précédent des fondamentaux, des principes et valeurs qui gouvernent la Sécurité sociale.

En remettant en cause « l'autonomie des finances sociales à l'égard du budget de l'Etat », le gouvernement entend bien organiser le plus grand holdup du siècle en utilisant le budget de la sécu pour réduire le déficit de l'Etat.

#### Déclaration de la CGT lors de ce Conseil :

le projet de loi de financement de la Sécurité sociale qui nous est soumis aujourd'hui marque une rupture fondamentale avec les principes qui ont gouverné jusqu'à présent la Sécurité sociale.

Il remet en effet en cause l'un des principes essentiels sur lesquels s'est construite cette dernière : l'autonomie des finances sociales à l'égard du budget de l'Etat.

Jusqu'à présent, ce principe qui s'incarne notamment dans la distinction entre les lois de finances et les lois de financement de la Sécurité sociale n'avait pas été mis en cause. Ainsi, la CSG, qui est considérée comme un impôt par la jurisprudence du Conseil constitutionnel, avait pourtant toujours été affectée à la Sécurité sociale et ses fonds de financement (Fonds de solidarité vieillesse et Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale).

Cette séparation entre finances publiques et finances sociales était notamment garantie jusqu'à présent par le principe de compensation par l'Etat des exonérations de cotisations sociales institué par la loi Veil de 1994.

Il avait déjà été mis en cause par la loi de programmation des finances publiques 2018/2022, qui prévoyait une affectation des excédents des administrations de Sécurité sociale au budget de l'Etat, dont nous avons toujours dénoncé le manque de transparence, est ouvertement remis en cause par les lois de finances pour 2019, et notamment ce PLFSS.

Mais avec ce projet de loi, une ligne rouge est franchie.

Ainsi que l'a indiqué le ministre du budget et des comptes publics M. Darmanin lors de la réunion de la Commission des comptes de la Sécurité sociale du 25 septembre dernier, « *les règles de partage du financement de la baisse des prélèvements obligatoires entre l'Etat et la Sécurité sociale seront renouvelées. L'Etat continuera d'assurer une compensation stricte par crédits budgétaires des exonérations ciblées de cotisations sociales. Les autres baisses de prélèvements obligatoires seront désormais, pour celles créées à compter de 2019, supportées par la sphère à laquelle le prélèvement est affecté. Ainsi par exemple, l'exonération de cotisations sur les heures supplémentaires sera financée par la Sécurité sociale.* »

# Sécurité sociale

## PLFSS 2019 - Déclaration de la CGT (suite)

En outre, le Gouvernement pose un principe de solidarité financière Etat/ Sécurité sociale. Sur la base de ce principe, les ressources fiscales affectées à la Sécurité sociale seront progressivement diminuées. Ainsi, les versements de TVA qui représenteront en 2019 près de 25% du produit de cette taxe seront progressivement diminués.

La Sécurité sociale devient ainsi une variable d'ajustement du budget de l'Etat.

Rappelons que la CGT n'a jamais été favorable à un financement fiscal de la Sécurité sociale.

Ces financements de la Sécurité sociale par l'impôt sont la conséquence de l'explosion des exonérations de cotisations sociales que la CGT a toujours combattue, et qui représenteront plus de 50 Mds€ par an, avec la transformation du CICE en baisses de cotisations sociales.

Ces choix remettent en cause la logique qui préside à la Sécurité sociale : les cotisations sociales, y compris les cotisations dites « patronales » ne sont pas des « charges » qui viendraient grever la compétitivité des entreprises, elles sont la part socialisée des salaires perçus par les salariés, et ces exonérations ne sont rien d'autre qu'une baisse des salaires. Leur explosion à un niveau inédit jusqu'à ce jour risque de dénaturer la Sécurité sociale.

La CGT conteste que cette explosion des exonérations ait été favorable à l'emploi, et de manière plus générale au développement économique. Le bilan de ces exonérations est pour le moins incertain et a pour conséquence le développement d'emplois précaires dans le meilleur des cas.

C'est pourquoi la CGT revendique une remise en cause de ces exonérations, dans le cadre d'une réforme globale du financement de la Sécurité sociale mettant le Travail au cœur du développement économique.

En tout état de cause, la transformation du CICE en baisse de cotisations sociales par la diminution de 6 points des cotisations patronales jusqu'à 2,5 SMIC et la suppression quasi-totale des cotisations employeurs au niveau du SMIC modifient profondément la logique de notre système de protection sociale, ces exonérations représentent une baisse de 40 % de la rémunération brute : la CGT y est totalement opposée.

De plus, la nouvelle exonération, non compensée, des heures supplémentaires est totalement antiéconomique, C'est un non-sens d'inciter les entreprises à développer les heures supplémentaires, alors que notre pays connaît encore 9% de chômeurs. Rappelons que selon l'OFCE, la précédente exonération avait fait perdre plusieurs dizaines de milliers d'emplois.

Si le Gouvernement se félicite du retour à l'équilibre prévu en 2019 des comptes de la Sécurité sociale, celui-ci tient certes à l'amélioration de la croissance, et notamment à la hausse de la masse salariale, ce qui doit nous rappeler que le retour au plein emploi et la hausse des salaires constitue le plus sûr moyen d'amélioration de la situation financière de la Sécurité sociale.

# Sécurité sociale

## *PLFSS 2019 - Déclaration de la CGT (suite)*

Mais à y regarder de plus près, ce retour à l'équilibre résulte largement d'une austérité encore renforcée.

La sous-indexation des pensions de retraite, en violation du code de la Sécurité sociale est proprement scandaleuse. De même la modulation des sanctions en cas de travail dissimulé est un très mauvais message.

Alors que la croissance spontanée des dépenses de santé serait de 4,5% en 2019, la hausse de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie ne serait que de 2,5%, ce qui induirait, selon le Gouvernement, 3,8 Mds€ d'économies nouvelles.

Contrairement aux années précédentes le détail de ces économies n'est pas détaillé par poste.

Rien n'est prévu dans cet ONDAM pour faire face aux besoins de l'hôpital public, et en particulier aux importants besoins humains, qu'ont porté les nombreuses luttes des personnels.

De la même manière, si l'existence de besoins dans les EHPAD est reconnue. Les moyens alloués sont très loin de ce qui serait indispensable.

Si certaines mesures annoncées sont positives, comme des avancées dans une véritable politique de prévention (lutte contre les addictologies, place de la vaccination, plan autisme ou renforcement de la prévention jusqu'à l'adolescence) encore faut-il que de réels moyens soient mis en place.

Par contre d'autres sont largement illusoirs.

Ainsi, le reste à charge 0 sur l'optique, le dentaire, et l'audition, abusivement appelé « 100 % santé » ne sera réalisé que progressivement, et sera pris en charge largement par les assurés à travers une hausse des cotisations de leurs complémentaires en moyenne de 5 %. De plus les personnes restant sans complémentaires santé, de plus en plus nombreux supporteront un reste à charge et les accords passés avec les professionnels de santé ouvrent la voie à de possibles libertés tarifaires.

De même, les restes à charge des patients sont beaucoup plus importants que ce que l'on voudrait bien nous faire croire. En effet de par les dépassements d'honoraires, les franchises, la participation forfaitaire d'1 €, le forfait hospitalier, la participation forfaitaire sur les actes lourds à 18 € (en projet PLFSS à 24 €), les remboursements de médicaments des années précédentes et de celles à venir, la remise en cause des médicaments homéopathiques, les pénalités et bien d'autres illustrent pour les malades une augmentation des frais de santé.

Sinon, comment expliquer les progressions constantes des inégalités de santé, le non recours aux soins révélé par les acteurs du soin, de la santé et du social.

Alors que nous partageons la problématique sur les non recours aux droits pour la CMUC et l'ACS, souvent par la complexité des démarches administratives, la méconnaissance de ces droits, la peur de la stigmatisation, les problèmes d'accompagnement dans l'accès aux droits, etc... Faire évoluer l'ACS peut sembler une bonne idée.

# Sécurité sociale

## *PLFSS 2019 - Déclaration de la CGT (suite)*

Mais les propositions de ce PLFSS ne répondent pas à cette attente.

Alors que le plafond de la CMUC à 734 € est déjà largement inférieur au seuil de pauvreté à 50 % soit 846 € et concernerait les très très pauvres, la solution ne consiste pas à faire payer les très pauvres parce qu'ils perçoivent plus de 734 €.

Notre pays devrait avoir l'ambition de prendre en compte le seuil de pauvreté tel que définit au niveau européen, soit 60 % du salaire médian, soit 1 015 € et couvrir l'ensemble de ces populations afin qu'elle puisse se faire soigner dans de bonnes conditions sans grever leurs maigres revenus. Pour la CGT il n'est pas question de faire la distinction entre les très très pauvres et les très pauvres.

Nous exprimons une réelle volonté d'amélioration de la qualité des soins en établissements mais le système de l'intéressement ou des pénalités peuvent être assimilés à la carotte et le bâton envers ces structures et nous ne pouvons y souscrire.

Ce PLFSS répond aussi aux exigences des entreprises du médicament. Des médicaments princeps, des génériques, des bio similaires apparaissent aujourd'hui les médicaments hybrides... la prescription tout comme l'utilisation de ces différents médicaments doivent faire l'objet d'un réel partage avec la population autant sur leurs bénéfices que sur leurs risques. De plus les modifications sur les possibilités d'extension sur les Autorisations temporaires d'utilisation des médicaments répondent à nouveau aux exigences des entreprises de ce secteur. Une vigilance

accrue sur ces extensions doit être mise en œuvre pour éviter toutes dérives.

Nous désapprouvons la volonté de pénaliser les patients refusant les médicaments génériques, bio similaires ou hybrides alors que ceux-ci peuvent poser des difficultés à certaines populations

Nous ne pouvons approuver pour ce point comme les précédents, le système de récupération des indus quelle qu'en soit la cause sur l'ensemble des prestations de Sécurité sociale.

Ce PLFSS présente la particularité de profondes modifications remettant en cause notre Sécurité sociale par de possibles transferts d'excédents obtenus par l'austérité des mesures au sein des branches de Sécurité sociale vers le budget de l'Etat. Sous couvert d'une solidarité nous assistons au renforcement de l'étatisation de notre Sécurité sociale. De plus de par des mesures floues, voire ambiguës, par des manques d'informations et de précisions, nous estimons que ce PLFSS ne présente pas la sincérité de ces mesures et nous dénonçons un manque de loyauté envers les représentants des assurés sociaux que nous sommes.

La CGT émet un avis défavorable sur ce PLFSS.

# RESTE À CHARGE FINANCIÈRE DES PATIENTS EN MATIÈRE DE FRAIS DE SOINS DE SANTÉ : LA RÉALITÉ



**PLUS PERSONNE NE PEUT L'IGNORER MAINTENANT : LE GOUVERNEMENT ANNONCE – À GRAND RENFORT DE PROPAGANDE MÉDIATIQUE – LA MISE EN ŒUVRE DES PROMESSES DE CAMPAGNE FAITES PAR SA MAJESTÉ MACRON, DONT CELLE DE L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR TOUS – NOTAMMENT POUR LE DENTAIRE, L'OPTIQUE ET L'AUDITION. MAIS – COMME L'A SI BIEN DIT UN ANCIEN PRÉSIDENT – « LES PROMESSES N'ENGAGENT QUE CEUX QUI LES REÇOIVENT », ET NOMBRE D'ENTRE EUX VONT TOMBER DE HAUT LORSQU'ILS SE RENDRONT COMPTE QUE LES MESURETTES QUE VA PRENDRE LE GOUVERNEMENT NE RÈGLERONT EN RIEN LE DROIT D'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ POUR TOUS.**

**A**vant de parler du RAC 0 (reste à charge zéro) en focalisant sur le dentaire, l'audition et l'optique, comme le fait volontairement la ministre de la Santé pour éviter de vrais débats, il serait préférable d'expliquer ce qu'est réellement – et dans sa globalité – le reste à charge pour les patients.

Le reste à charge est caractérisé dans notre système sur la plupart des soins qu'il couvre, soit près de 25 % de la CSBM (consommation de soins et de biens médicaux) en 2015. Il correspond à la part non remboursée par l'assurance maladie obligatoire et est communément appelé «ticket modérateur». Celui-ci varie en fonction de la nature du risque (maladie, maternité, invalidité, accident du travail, maladie professionnelle), de l'acte ou du traitement, de l'inscription ou non du patient en ALD (affection de longue durée) et du respect ou non du parcours de soins. Le reste à charge ne reste pas cantonné à la simple application du ticket modérateur, car les malades subissent d'autres dépenses financières, telles que :

- les dépassements d'honoraires ;
- les baisses de taux de remboursement de médicaments (vignette passant de 35 % à 30 % et instauration de la vignette à 15 % en 2011) ;
- les déremboursements de médicaments

et accessibles en vente libre en officine ;

- les tarifs limite de remboursements des prestations et produits médicaux ;
- les produits prescrits par un médecin non remboursés tels que les pansements, compresses, etc.

Il ne faut pas non plus oublier les frais cachés des ALD. Un Français sur 6 bénéficie du dispositif des ALD – 80 % des dépenses de l'assurance maladie se concentrent sur 20 % de la population – parmi lesquelles les cancers, le diabète, l'insuffisance rénale chronique, l'infection au VIH, les maladies rares, etc. La dépense moyenne annuelle est de 1,6 à 11 fois supérieure à un patient hors ALD... Malgré ce dispositif de prise en charge à 100 %, les patients



doivent toujours supporter des frais importants: jusqu'à 1 700 € de reste à charge moyen pour 10 % des malades en ALD et pouvant atteindre plusieurs dizaines de milliers d'euros à cause de soins mal ou pas remboursés, de dépassements d'honoraires et de franchises – car ces malades consultent plus et ont plus de soins du fait de la gravité de leur(s) pathologie(s).

Il ne faut pas non plus oublier les restes à charge, que certains appellent « participation de l'assuré ou du malade » dans le cadre de la perte d'autonomie, de l'hébergement en Ehpad, maison de retraite, de soins et d'aide à domicile, du développement accentué des maladies chroniques et maladies mentales, etc.

Sur le dentaire, la cour des comptes avait estimé en 2012 que près de 4,7 millions de français avaient renoncé à des soins prothétiques pour des raisons financières. Les chiffres datent un peu, mais il n'y a pas de doute à avoir sur le fait qu'il est forcément supérieur aujourd'hui. Il n'en reste pas moins que c'est une situation inacceptable – que l'on dénonce depuis longtemps – à laquelle il faut remédier au plus vite. Le gouvernement se propose donc de « régler le problème ».

Tout d'abord, cela se traduira par l'instauration de plafonds tarifaires qui permettront de mettre en œuvre un panier de soins avec un reste à charge « maîtrisé » à partir du 1<sup>er</sup> avril 2019 – ces plafonds ayant vocation à évoluer sur la période jusqu'à 2023... Concrètement, au moment où le patient devra se faire poser une prothèse, le chirurgien-dentiste aurait l'obligation de fournir un devis pour chaque panier. À charge ensuite pour le patient de choisir la qualité de la prothèse qu'il souhaite se faire poser et avec quel reste à charge finalement.

Un accord conventionnel a été établi avec les chirurgiens-dentistes, il se déroulera en 5 étapes jusque 2023. Une augmentation de 6 à 8 % des complémentaires santé a été estimée, ce qui explique une organisation par étapes sur cinq ans, permettant un lissage dans le temps des risques d'augmentations des cotisations des complémentaires, qui seraient alors moins frontaux et brutaux... De plus, cette application sur cinq ans permet d'étaler les risques de rattrapage des soins prothétiques, de donner des gages de rémunérations aux chirurgiens-dentistes en revalorisant les actes des soins conservateurs et des soins de prévention au plus tôt, et d'étaler l'encadrement des tarifs des prothèses.

La contrepartie de l'engagement des chirurgiens-

dentistes sur des tarifs imposés (RAC à zéro) et de tarifs plafonnés (RAC modéré ou maîtrisé) porterait sur la revalorisation du prix des « soins conservateurs » sur le traitement des caries, le détartrage, les restaurations coronaires, les inlays-onlays, les scellements de sillons, l'endodontie et les avulsions et actes chirurgicaux sur les dents temporaires et définitives. Cette revalorisation représente une augmentation de gains pour les dentistes de 230 millions d'euros.

Cet accord représente un coût global pour l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire de 1,2 milliard d'euros sur la période 2017-2023 (700 millions pour la Sécu, 500 millions pour le complémentaire), 704 millions sur la revalorisation des actes conservateurs, 371 millions pour l'amélioration des remboursements des assurés et 108 millions sur les actes de prévention.

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

## L'OPTIQUE

La prise en charge des soins d'optique est de 4 % par l'assurance maladie, 74 % par les complémentaires santé et 22 % par les ménages.

Dans le cadre des concertations, il est envisagé – sans que cela ne soit arbitré – une prise en charge dans le cadre du RAC à 0 et un désengagement total de l'assurance maladie en dehors de celui-ci, laissant l'entièreté de la dépenses sur les complémentaires et les ménages...

## QUELS ÉQUIPEMENTS DANS LE CADRE DU RAC 0 ?

Les équipements qui valent au maximum 95 € (monture + les 2 verres simples), jusqu'à 265 € (monture + les 2 verres très complexes) entreront dans le cadre du RAC 0. Pour les verres progressifs, les prix maxima pourront varier de 180 à 370 €.

Dans tous les cas, le prix de la monture ne pourra excéder... 30 € ! Ceux qui voudront des montures de meilleure qualité, pourront bénéficier de leur remboursement intégral sur les verres dans la limites décrit ci-avant et en enlevant les 30 € pour leur monture...

De plus, il faudra intégrer dans cette négociation la

prescription et la fourniture de lentilles de contact, ce qui à ce jour ne fait l'objet d'aucune communication. Lentilles de contact à quels tarifs pour quelles qualités ?

Avec de tel montant, quand on connaît les coûts de l'optique aujourd'hui, on ne peut qu'avoir des craintes et des doutes sur la qualité des équipements à ces niveaux de prix.

Là encore, rien n'est dit ou prévu pour les patients n'ayant pas les moyens d'avoir une complémentaire santé prévoyant l'optique – qui sont par ailleurs toujours plus coûteuses.

Notre pays compte 6 millions de malentendants dont 2,5 à 3 millions devraient être équipés d'audioprothèses. Seuls 1,5 le sont. Triste et inadmissible constat, mais là aussi le gouvernement va tout régler ! Comment ?

Des concertations sont en cours entre le ministère des Solidarités et de la Santé et les professionnels de santé pour établir des prix limite de vente dans le cadre du RAC 0. Comme pour le dentaire, cela se ferait par étape : 1300 € par oreille en 2019, puis 1100 € en 2020 et 950 € à partir de 2021.

Si les appareils proposés dans le cadre du RAC à zéro ne conviennent pas, les patients pourront choisir hors panier de soins, opter pour des appareils plus chers et se faire rembourser par leur complémentaire santé dans les limites de leur contrat.

En audioprothèse, il était question d'instaurer des tarifs plafond (comme en optique), que ce soit pour les appareils de classe I comme de classe II. Les audioprothésistes ont obtenu l'abandon de plafonnement de tarifs en dehors du reste à charge à zéro, et donc la totale liberté tarifaire avec le fort risque sur les audioprothèses non plafonnées. On passe d'une situation où des prix plafond devaient être fixés sur l'ensemble des prothèses auditives à une liberté tarifaire sur les prothèses de classe I et II (hors panier de soins) et un encadrement tarifaire sur les prothèses déterminées dans le panier de soins et dont on ignore le périmètre exact avec un RAC à 0 – mais à quel niveau ?

Une fois encore, rien de précis pour les patients sans complémentaire.

Voilà à ce jour ce qui est dans les tuyaux du gouvernement concernant le dentaire, l'optique et l'audioprothèse. Sur ces seuls trois secteurs, les patients

payent directement 4,5 milliards d'euros chaque année et 64 % des patients les plus démunis renoncent aux soins faute de pouvoir se payer une complémentaire.

Pris dans sa globalité, le reste à charge pour les patients s'est élevé à 16,5 milliards d'euros pour l'année 2015. On est bien au-delà des quelques dizaines de millions d'euros que la ministre dit vouloir débloquer pour régler le problème qui impacte notamment et particulièrement les plus démunis.

Bien sûr, ces restes à charge peuvent être pris en charge en totalité ou partiellement par



les complémentaires «santé», mais c'est en fonction des contrats, du niveau de prestation et donc aussi du montant de la cotisation que paye le patient. Pour le reste, en l'absence de complémentaire santé, c'est à la charge des malades. Les derniers chiffres communiqués par la Dress (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère des solidarités et de la santé) font état que 6 % de la population n'a pas de complémentaire santé. Ce chiffre grimpe même à 16 % pour les allocataires du minimum vieillesse.

Cet état des lieux, cette réalité actuelle de ce qu'est dans sa globalité le reste à charge pour les patients indique de facto que nous sommes déjà dans un système où le droit et l'accès aux soins dépendent des ressources financières dont disposent les patients pour se payer une complémentaire santé ou directement le reste à charge. Rien aujourd'hui dans ce qu'indique vouloir faire le gouvernement ne règlera le problème, mais au contraire ne pourra que l'accentuer. En transférant encore plus vers les complémentaires santé la prise en charge des frais de soins de santé, cela ne pourra que se traduire par l'augmentation du coût de la cotisation, ce qui réjouit déjà nombre d'organismes du privé, notamment les sociétés d'assurance... Le gouvernement est en train de réaliser leur rêve : faire main basse sur les milliards de la Sécurité sociale ! Aujourd'hui, 30 % de la popu-

lation déclare avoir dû renoncer à un ou plusieurs soins – 64 % chez les plus démunis. Le désengagement de la Sécurité sociale au profit de l'assurantiel privé ne pourra qu'augmenter ces chiffres.

### URGENCE DE RECONQUÉRIR LA SÉCURITÉ SOCIALE

Délais de plus en plus longs pour obtenir un rendez-vous pour certaines spécialités, engorgement des urgences, multiplication des déserts médicaux... Le système de santé est de plus en plus sous tension. Mais c'est l'augmentation du reste à charge supporté par les ménages qui illustre de la manière la plus concrète le recul de notre Sécurité sociale solidaire par rapport à ses ambitions d'origine.

C'est pourquoi il est indispensable de reconquérir une Sécurité sociale solidaire, fondée sur le principe : chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins.

Il s'agit de réhabiliter les principes fondateurs que sont la solidarité et l'universalité et d'imaginer la Sécurité sociale du XXI<sup>e</sup> siècle pour une Sécurité sociale intégrale couvrant 100 % des besoins, basée sur le principe d'un «recouvreur» unique et d'un payeur unique.

**#jevotecgt**  
le 6 décembre

Le 06  
décembre  
2018  
**ÉLECTION  
FONCTION  
PUBLIQUE**



NOM Prénom :

Date et signature :

Adresse :

Téléphone / Courriel :

Service ou établissement :

Bulletin d'adhésion

**adhérer en ligne**