

Son histoire

Ses enjeux

Son avenir



spécial

Protection sociale

1. Les enjeux de la protection sociale
2. Les retraites en danger.
3. L'assurance maladie.
4. Les complémentaires santé.
5. Le risque chômage-emploi.

6. Les allocations familiales, élément essentiel du salaire socialisé.
7. La dépendance, ou perte d'autonomie... quelle solution pour l'avenir ?

→ **La protection sociale : un enjeu de civilisation** (nos revendications CGT)

Pour Réunica,
créer du lien c'est essentiel.



Humain, juste, solidaire...

Pour plus de 8 millions de clients, les experts Réunica font de ces valeurs une réalité quotidienne. Grâce à un conseiller dédié, un suivi personnalisé et des garanties et services performants, vous disposez d'une protection sociale solide et sur mesure.



Certification
Qualité pour
la Prévoyance
et l'Accueil

Prévoyance ★ Santé ★ Épargne ★ Retraite ★ Action sociale

Contact au 01 40 22 36 76
www.reunica.com



RÉUNICA

Des idées en + pour mieux vous protéger

Résister, se renforcer pour lutter et gagner !



Grandpuits—octobre 2010

Editorial

Tels sont les enjeux de la bataille sur les retraites :

- Un pouvoir politique qui a fait preuve d'une action méprisante les 70% de la population en votant la retraite à 62 ans ou 67 ans ;
- Une CGT qui ne lâche rien, qui a organisé, impulsé tout au long de l'année avec énergie l'action collective pour empêcher ce recul social intolérable mis en œuvre pour protéger les intérêts financiers des donneurs d'ordre patronaux.

Le combat a connu son apogée avec l'engagement courageux des salariés des secteurs du raffinage, du port de Marseille, des éboueurs, de la SNCF... il manquait quelques secteurs pour pouvoir gagner, mais les enseignements de cette bataille serviront pour les luttes de demain.

Pour la FNIC CGT, pas question de tourner la page, la reconquête de la retraite à 60 ans étant désormais la priorité dans nos cahiers revendicatifs, en lien avec les salaires et l'emploi industriel.

Comme chacun a pu le constater, le gouvernement « nouveau » est de la même cuvée que le précédent. Ce n'est pas par manque d'inspiration qu'il revient sans cesse sur le même slogan, celui des déficits qu'il met en avant pour imposer de nouveaux reculs sociaux aux salariés : un gouvernement « carpe diem », sous les directives du Medef, annonçant déjà un nouveau cadeau, celui de la suppression de l'ISF, l'impôt qui ne serait plus payé par les riches et entraînerait des pertes à hauteur de 4 milliards d'€ pour les caisses de l'Etat.

Qui va payer selon vous ?

Qui va payer aussi, par exemple, les 1,5 milliard d'€ que devra déboursier l'UNEDIC aux privés d'emploi qui ne peuvent plus prendre leurs retraites à 60 ans et devront rester chômeurs jusqu'à 62 ans ?

Ce qui est certain, c'est que chaque loi votée vise à dépecer nos droits collectifs pour les précariser en assurances individuelles, et ce afin de contenter, satisfaire les dinosaures de la finance, les banquiers et assureurs.

Face à ces « voyous » qui s'enrichissent sur la misère et les reculs sociaux pour les salariés, il y a urgence à s'organiser. A s'organiser CGT, seul syndicat qui a l'ambition d'unir tous les salariés pour lutter « efficacement ».

Partout organisons-nous, développons l'adhésion CGT dans les services, les ateliers..., renforçons la CGT pour défendre efficacement nos conditions de vie, pour gagner une autre répartition des richesses créées par notre travail.

En vous souhaitant **une bonne année 2011**, nous vous invitons dès maintenant à travailler au renforcement de notre CGT, pour qu'elle soit l'année qui passe de la résistance à celle des conquêtes sociales.

n° 487

VOIX DES INDUSTRIES CHIMIQUES

Case 429—263, rue de Paris
93514 MONTREUIL Cedex
(01.48.18.80.36)
2 01.48.18.80.35
<http://www.fnic.cgt.fr>
E-mail : fnic@cgt.fr
Directeur de publication : J-M PETIT
Commission Paritaire : n° 0113 S 06355
Conçu et réalisé par la FNIC CGT
Imprimé par Alliages
Issn : 0763-7497

1. Les enjeux de la p



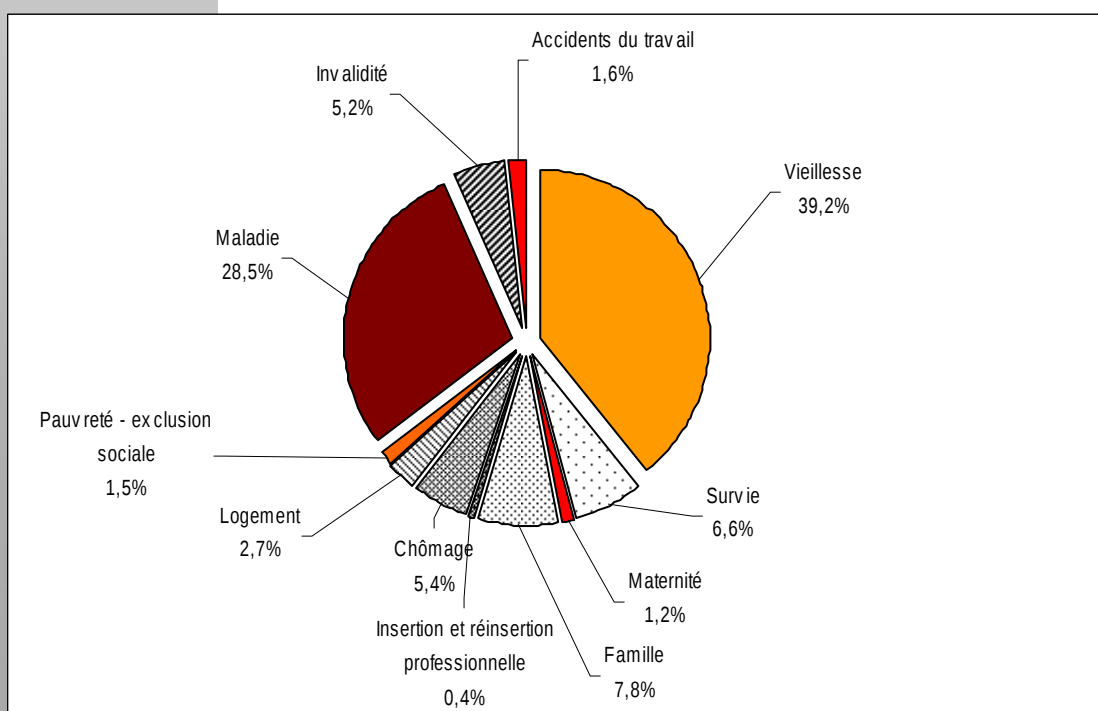
1. La Protection sociale, c'est quoi ?

C'est l'ensemble des dispositifs mis en place par une société pour pallier les conséquences des risques sociaux des individus. Concrètement, on garantit les individus contre les risques sociaux en leur allouant les ressources financières nécessaires pour assumer ces risques. Le paiement de ces ressources est pris en charge collectivement : Il s'agit donc d'une socialisation du risque.

2. Quels risques sont couverts ? Quel est leur poids dans la protection sociale ?

Les prestations se répartissent par risque de la manière suivante :

- risque *vieillesse* : pensions de retraite (39,2%) et de réversion (6,6%).
- risque *santé* : maladie (28,5%), invalidité (5,2%), accidents du travail (1,6%).
- risque *famille* : garde d'enfants et allocations familiales (7,8%), maternité (1,2%).
- risque *emploi* : indemnités de chômage (5,4%), insertion et réinsertion professionnelle (0,4%).
- risque *logement* : allocations de logement (2,7%).
- risque *pauvreté* et exclusion sociale : 1,5%.



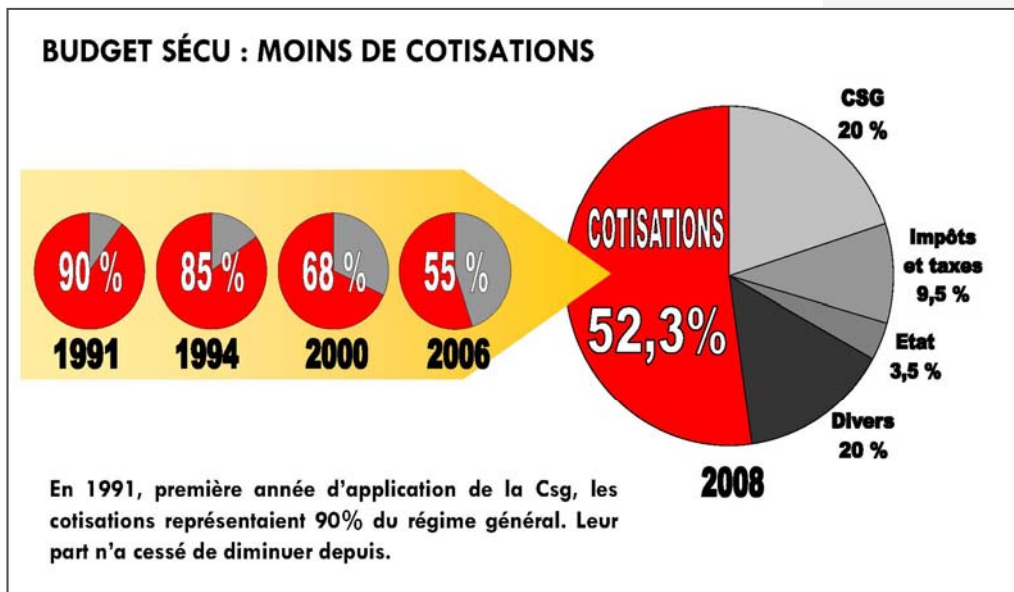
Les risques *vieillesse* et *santé* représentent plus de 80% des prestations totales. Les risques *famille* et *emploi* représentent des sommes très inférieures. Plus encore, les risques *logement* et *pauvreté* – *exclusion sociale*, peu ou pas couverts par les régimes d'assurances sociales, représentent moins de 5% des prestations.

3. Quel est le budget de la protection sociale en France ?

Selon le rapport de la DREES de juillet 2010, les recettes de protection sociale s'élevaient en 2008 à 601,1 milliards d'euros, soit près de 31% du PIB. Dans ces recettes, la part des impôts est passée de 3,5 % en 1990 (juste avant l'instauration de la CSG) à 22,3 % en 2008, au détriment des cotisations sociales dont la part s'est réduite de plus de 15 points.

Les dépenses se situent à 598,1 milliards d'euros. La plus grande partie, 570,4 milliards, est constituée par le versement de prestations, le reste, moins de 5% étant constitué de frais financiers ou de gestion.

On peut noter que la protection sociale en France dégage des excédents (plus de 3 milliards d'euros), mais pour combien de temps ? La croissance des recettes de protection sociale en 2008, est en effet trois fois inférieure à la moyenne des vingt dernières années.



4. Les différents régimes de protection sociale en France.

La plupart des institutions de protection sociale sont des organismes à but non lucratif qui assurent une mission de service public.

4-1 La Sécurité sociale assure 58% des prestations totales et fournit un socle de prestations sur les 4 branches qui la composent :

- La branche *vieillesse*, prise en charge par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS)
- La branche *maladie*, prise en charge par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)
- La branche *accidents du travail et maladies professionnelles* (branche ATMP), prise en charge également par la CNAMTS, mais uniquement à partir de cotisations employeurs
- La branche *famille*, prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF)
- Un cinquième risque a été récemment identifié : le risque *dépendance*.

Créée en 1945, la Sécurité sociale était à l'origine composée d'une caisse nationale unique pour les branches vieillesse, famille et maladie, gérée en démocratie directe par l'élection des administrateurs par les assurés sociaux.

L'ordonnance de 1967 (de Gaulle) a imposé une séparation en branches, une obligation d'équilibre budgétaire de chaque branche, et introduit une gestion de la Sécurité sociale par les syndicats de salariés et d'employeurs, appelée « gestion paritaire ».

Aujourd'hui, la Sécurité sociale voit son fonctionnement strictement encadré par l'Etat. Ses ressources et ses dépenses sont déterminées depuis 1996 par la loi de financement de la Sécurité sociale, votée chaque année par le Parlement.



La Sécurité sociale n'est pas une administration, ses employés ne sont pas fonctionnaires mais relèvent d'une convention collective de branche, ils sont affiliés au régime général.

Les ressources de la Sécurité sociale, prélevées par les URSSAF, sont pour l'essentiel :

- Les cotisations sociales, partie intégrante du salaire socialisé. Jusqu'en

1980, l'augmentation des recettes s'est faite par une augmentation des taux de cotisations sociales. Par la suite, sous prétexte de soutenir l'emploi, une politique de baisse de la contribution des employeurs dans la protection sociale a été mise en place : déplafonnement, création de la contribution sociale généralisée (CSG), exonérations de cotisations employeurs, notamment sur les bas salaires

- La contribution sociale généralisée (CSG). C'est un impôt notamment prélevé sur la feuille de paye, qui n'ouvre pas droit à affiliation aux régimes sociaux ni à prestations sociales, et pour partie non déductible des revenus imposables (impôt sur l'impôt).
- Diverses taxes : taxe sur le tabac (9,5 Md€), TVA sur les médicaments, l'alcool et le tabac (8 Md€), etc.

4-2 Les régimes complémentaires de retraite : ils sont obligatoires et représentent 11% des prestations de protection sociale en France. Ils sont gérés paritairement entre syndicats d'employeurs et de salariés. Ces régimes ont pour origine la création de l'AGIRC en 1947, régime de retraite complémentaire des salariés cadres, en échange de l'acceptation par les cadres de leur affiliation au régime général de la Sécurité sociale. La naissance de l'AGIRC a permis que les cadres français, tournés avant-guerre vers la rente pour assurer leur retraite, basent dorénavant celle-ci sur le salaire socialisé.

L'ARRCO-AGIRC fédère les institutions de retraite complémentaire des salariés du secteur privé. L'âge auquel est versée la retraite complémentaire par les institutions étant de 65 ans, c'est un organisme l'AGFF, qui assure les versements de retraite complémentaire dès l'obtention de la retraite Sécurité sociale à taux plein.

4-3 L'aide sociale, sous contrôle des administrations publiques (Etat, départements, collectivités territoriales) représente 10,8% de la protection sociale, sur divers aspects : revenu de solidarité active (RSA), couverture maladie universelle complémentaire, fonds de solidarité « vieillesse » et « emploi », allocation aux adultes handicapés, aide médicale des départements, allocation logement à caractère social, accueil des personnes handicapées, bourses d'études, aide sociale à l'enfance, etc.

Pour 80%, l'aide sociale est versée sous conditions de ressources. Cette « voiture balai » de la protection sociale est moins développée en France que dans d'autres pays, du fait du bon niveau des prestations financées par le salaire socialisé.

4-4 Le régime du chômage représente 5,8% de la protection sociale. Il est obligatoire. Il est géré depuis 1958 par l'UNEDIC, association paritaire entre syndicats d'employeurs et de salariés, et son réseau d'associations régionales, les Assedic, qui assuraient jusqu'en 2008 le versement des allocations de chômage. Depuis 2008, les Assedic ont fusionné avec l'Agence nationale pour l'emploi, pour former « Pôle Emploi », établissement public. Les effets d'un management productiviste à Pôle Emploi, et une politique de radiation systématique des chômeurs permettent à l'UNEDIC de dégager un excédent de 1,3 milliards d'euros en 2008.

une époque de recul de la protection sociale.

4-5 Les régimes de complémentaire santé, de retraite supplémentaire et de prévoyance.

Ils sont facultatifs et représentent 4,8% de la protection sociale. Ils interviennent principalement dans le domaine du risque santé, et secondairement en matière de couverture vieillesse – survie. Les mutuelles et les institutions de prévoyance sont gérées paritairement par syndicats d'employeurs et de salariés, les compagnies d'assurances font partie du secteur marchand capitaliste. La prévoyance, comme la retraite supplémentaire, peut également être assurée par un contrat collectif d'entreprise.

4-6 L'action sociale, regroupe les actions à caractère facultatif des organismes, associations et fondations, destinée à aider toute personne en situation de précarité. L'action sociale dépend de l'organisme qui la met en œuvre. Elle représente 9,5 milliards d'euros, soit 1,7% des prestations en 2008 : 7,4 milliards au titre de l'hébergement des personnes handicapées, 2,1 milliards au titre du risque pauvreté-exclusion sociale.

5. L'importance de la Protection sociale.

Les gouvernements successifs ont organisé un ralentissement organisé de la part des recettes de la Sécurité sociale qui provient des employeurs. Cette part est venue augmenter la part des profits dans la valeur ajoutée, augmentation observée depuis 1983. Ces recettes manquantes n'ont pu être compensées et prises en charge que partiellement par les salariés (*cotisations*), les citoyens (*impôts*) et les consommateurs (*taxes*). En conséquence, pour établir un autre équilibre, une politique de baisse des prestations est donc menée :

- réformes successives sur la retraite,
- déremboursements de médicaments, hausse des restes à charge, restructuration de l'hôpital public,
- dégressivité des allocations de chômage, radiations de chômeurs,
- baisse de l'aide sociale (logement, emploi, handicap).

Nous vivons une époque de recul de la protection sociale.

Pourtant, la protection sociale joue un rôle dynamique pour l'économie : elle constitue un amortisseur de crise. Elle est surtout un marqueur de développement social, on peut dire qu'on mesure le niveau d'une civilisation à celui de sa protection sociale.

Le capitalisme peut se contenter d'une protection sociale réduite à la nécessité de reconstituer la force de travail des producteurs. Il nous faut inverser le raisonnement : minimiser et prendre en charge collectivement les risques sociaux doit être le « but », travailler doit être le « moyen », et non le contraire. Elever le niveau de protection sociale doit donc être un objectif en soi, et c'est en l'imposant par le rapport de forces qu'on peut l'obtenir.





2. Les r

Les risques vieillesse et survie (*pensions de reversion*) représentent le premier poste de financement et de prestations de la protection sociale. C'est le résultat de luttes puissantes des travailleurs pour imposer au capital la prise en charge collective de situations relevant auparavant d'une solidarité familiale ou de la charité chrétienne.

Des premiers systèmes de retraite, liés à des catégories professionnelles particulières, relevant de l'Etat (*marins, militaires, fonctionnaires, cheminots*) jusqu'à la Sécurité Sociale née en 1945, un certain nombre de principes ont été mis en place :

- Solidarité entre générations (*système par répartition*), mais aussi au sein d'une même génération

(*larges redistributions entre catégories professionnelles, entre sexes*);

- Taux de cotisation indépendant de l'espérance de vie (*à l'inverse de la logique assurantielle*);
- Prise en compte des périodes pas ou peu travaillées, ainsi que des avantages liées à la famille.

C'est la **Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse** (CNAV), branche de la Sécurité Sociale, qui définit les orientations de la branche retraite, conformément aux lois votées par les députés et sénateurs. Dans les régions, les CARSAT (ex-CRAM) assurent le calcul et le paiement des retraites.

De multiples systèmes de retraites complémentaires d'avant-guerre, on est passé aujourd'hui à un régime unique ARRCO/AGIRC pour les salariés du privé. Le naufrage total des systèmes d'avant-guerre fondés sur la capitalisation, a imposé de faire le choix d'un système par répartition. Les retraites complémentaires ont été créées dès 1947 pour permettre aux ingénieurs et cadres, et plus généralement à tous les salariés dont la rémunération dépasserait le plafond de la Sécurité sociale de cotiser sur l'ensemble de leur salaire et de s'assurer ainsi des pensions d'un niveau en rapport. Cela fait plus de 65 ans donc que les institutions financières, banques et assureurs voient avec dépit ces sommes cotisées par les salariés en activité repartir immédiatement en pensions versées aux salariés retraités, au lieu de nourrir leurs fonds spéculatifs. C'est la raison pour laquelle le capital s'acharne à baisser les taux de remplacement, particulièrement en France, pour faire une place aux produits financiers de retraite (*fonds de pension*) si répandus à l'étranger.

1. Les principales remises en cause.

Les Réformes Balladur de 1993 et Fillon de 2003

- Passage de 150 à 160 trimestres cotisés pour ouvrir un droit de départ à 60 ans.
- Passage progressif du nombre d'années prises en compte pour le calcul de la pension servie par la caisse assurance vieillesse, des 10 meilleures au 25 meilleures, avec effet depuis 2008, soit pour les salariés nés en 1948 partant à 60 ans.
- Revalorisation des salaires de ces 25 années, non plus sur l'évolution des salaires moyens, mais en fonction de l'indice de l'évolution constatée des prix à la consommation.

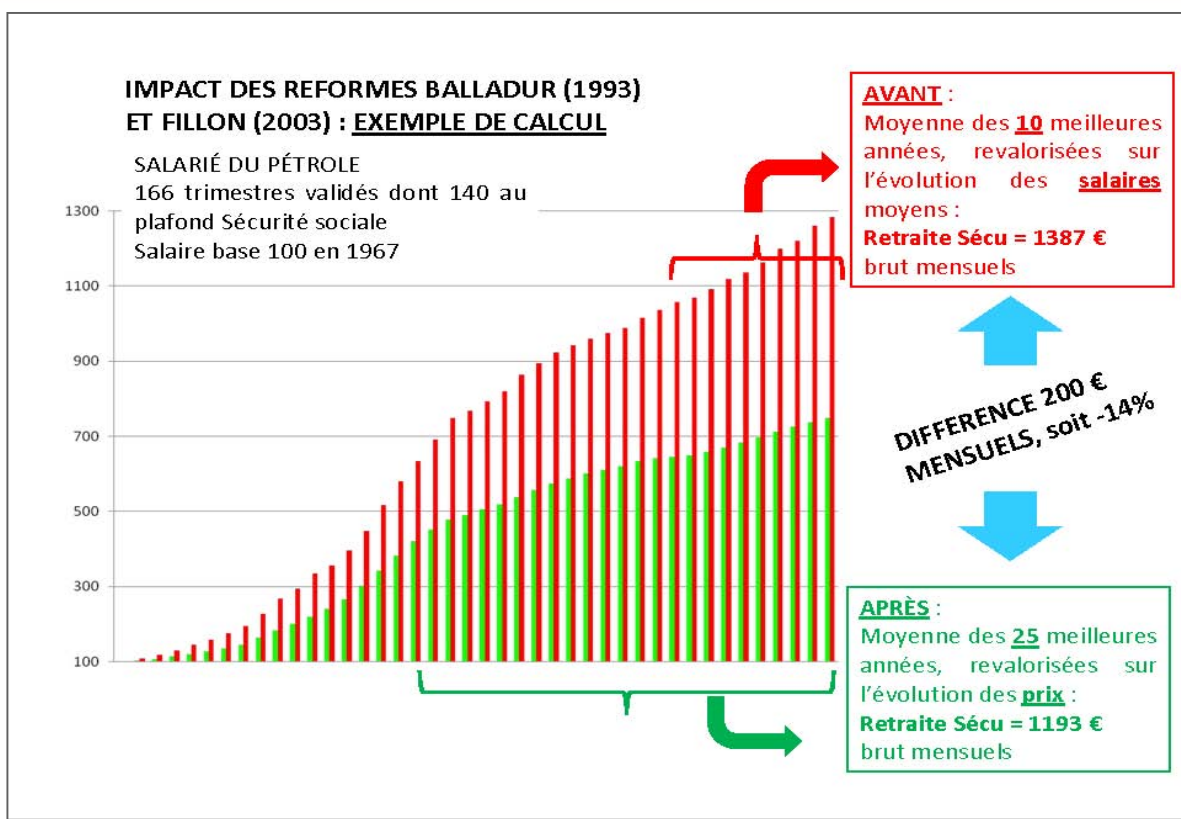
Conséquence directe de ces « réformes » : la retraite maximum de 50% du plafond Sécurité Sociale est inatteignable, même si on a cotisé toute sa carrière à ce plafond !

retraites, en danger !

Ceci éclaire, pour des salaires portés au compte inférieurs à notre exemple, le niveau dramatiquement bas des retraites CNAV ; car si par exemple la moyenne des salaires portés au compte représente 50% du plafond 2008 soit 1386.50 € (aux alentours du SMIC) la retraite brute sera 50% de ce montant donc égale à 693.25 €.

Un autre problème doit retenir notre attention c'est le décrochage depuis plusieurs années entre l'évolution assez soutenue du plafond de la S/S et l'évolution minimaliste du SMIC et des bas salaires, même

ceux des embauches au statut cadres dont le niveau n'atteint même pas la possibilité de cotiser à l'AGIRC, autrement que grâce à la survivance de la GMP défendue âprement par l'UGICT-CGT (*Garantie Minimale de Point*) et que le Medef souhaite remettre en cause.



2. Retraites complémentaires : impact de 7 accords interprofessionnels,

passés entre le Medef, et le plus souvent les organisations CFDT, CFE-CGC, CFTC et FO concernant les retraites complémentaires.

- **Augmentation du coût d'achat du point de retraite** : de 2000 à 2010, le « *salaire de référence* », c'est-à-dire le prix d'achat d'un point de retraite complémentaire, a augmenté de 24,9 % ; une même cotisation, qui « *rapportait* » 100 points en 2000 n'en rapporte plus que 75 en 2010...
- **Baisse continue de la valeur du point servi** : de 2000 à 2010, le « point de retraite », c'est-à-dire la pension versée pour un point acquis, n'a augmenté, lui, que de 17%. Le patronat a refusé avec constance et obstination toute révision à la hausse des taux de cotisation aux régimes de retraite complémentaire ARRCO et AGIRC depuis près de vingt ans.

De ce fait, les futures pensions sont ainsi prises « *en ciseaux* » entre ces augmentations divergentes et, à cotisations identiques en euros courants, ont ainsi perdu 8% de leur valeur potentielle sur 2000-2010 (*les 24,9% moins les 17%*). C'est fondamentalement ce décrochage relatif des progressions du « *prix d'achat du point* » d'une part, de la valeur du « *point servi* » d'autre part, l'un relié aux salaires et l'autre au prix, opéré dès 1993 avec la réforme Balladur (*bien préparée par le « livre blanc » Rocard !*), qui a enclenché cette mécanique inexorable d'amenuisement des pensions de retraite liquidées et des droits à pension acquis.



L'estimation de l'effet sur la pension de retraite totale (CNAV + complémentaire ARRCO+AGIRC) de toutes ces «réformes» est donc difficile et ne peut pas se résumer à une formule universelle ; il dépend fortement du poids relatif des complémentaires par rapport à la retraite «Sécu». Néanmoins, pour le cas cité plus haut, entre deux salariés au même niveau de rémunération «actualisée», mais dont l'un aurait pris sa retraite en 2000 et l'autre en 2010, on constatera une baisse du niveau de la pension entre 20 et 25 %.

Pour le cas examiné, perte de 14% sur la retraite CNAV, 4% liée à la valeur des points ARRCO et AGIRC sur 10 ans, l'incidence de l'augmentation du coût d'achat des points, se traduit par une baisse du niveau de la retraite de l'ordre de 20 à 25% sur 10 ans !

3. Et maintenant, pour la **durée de la retraite**, suite des conséquences des politiques menées.

- **Revalorisation des pensions Sécurité Sociale servies**, non plus en fonction de l'évolution du salaire annuel brut moyen de l'ensemble des salariés du secteur privé, (*ce qui garantissait une évolution comparable au cours du temps du niveau de vie des deux populations, celle des salariés actifs et celle des salariés retraités.*) mais sur l'indice des prix à la consommation qui est de plus en plus remis en question comme indicateur fiable du coût de la vie.

Pour l'année 2008 la revalorisation des retraites servies par la CNAV a été de 1.1% + 0.8% soit 1.9% pour l'ensemble de l'année à comparer à l'inflation de 2.8% !, vous avez dit baisse du pouvoir d'achat ?

- **Revalorisation des retraites complémentaires servies, inférieure** à l'indice des prix à la consommation.

La revalorisation des retraites complémentaires Arrco et Agirc a été de 1.46% pour l'ensemble de l'année 2008.

L'effet sur les pensions de l'indexation sur les prix est amené à s'amplifier avec les années passées à la retraite. En extrapolant, à partir des données étudiées, on peut estimer qu'à l'issue de 25 années de retraite, l'effet de l'indexation sur les prix pourrait induire une moindre pension de l'ordre de 20% en montant, relativement à ce qu'elle serait si elle avait été indexée sur l'évolution des salaires moyens.

D'autres mesures, en gestation actuellement, pourraient encore assombrir l'horizon des retraités. En effet, il est étudié l'alignement de la **CSG** sur les retraites 6.6% actuellement (*sur 100% de la pension*), sur celle des salariés actifs 8% dont 5.1% déductibles (*sur 97% des salaires*) et également la suppression de la déductibilité de 10% des revenus sur le calcul de l'impôt pour les retraités. Rappelons également que la suppression de la ½ part pour les femmes ayant élevé des enfants, pénalise les veuves à bas revenus, qui de ce fait risquent de se retrouver imposables, avec de plus la perte éventuelle d'aides sociales.

3. L'assurance maladie.

En 2009, le montant des prestations versées par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) s'est élevé à 138,4 milliards d'euros, soit 11 % du produit intérieur brut (PIB), contre 16% du PIB aux Etats-Unis. Cela représente 47% des dépenses de la Sécurité sociale.

La part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) financée par la Sécurité sociale est de 75,5 % en 2009, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,8 %. Le reste à charge des ménages s'établit quant à lui à 9,4 %.

Ce reste à charge est plus important au Royaume-Uni (11%), en Allemagne (13%), en Belgique, Italie ou Espagne (20%), en Suisse (30%).

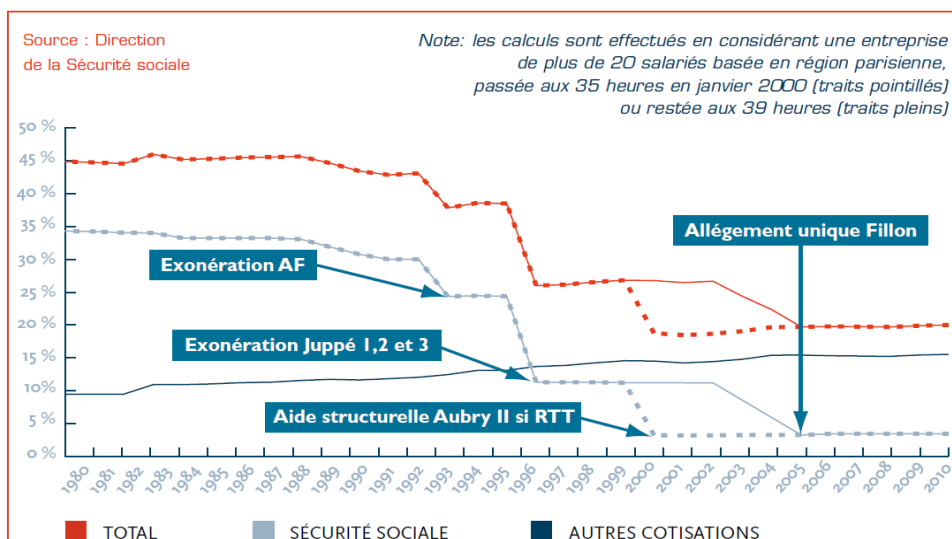
Mais ces chiffres moyens masquent une réalité plus négative pour le patient français, dont les versements, s'ils paraissent plus faibles, sont particulièrement élevés en médecine de ville (*quand on « va chez le médecin »*), ce qui est le cas le plus fréquent (*46% des dépenses de santé*).

Cette moyenne camoufle également que, si la prise en charge par la Sécurité sociale augmente pour le patient le plus malade (*Affections de longue durée par exemple*), ou avec de faibles revenus (*bénéficiaires de la CMU par exemple*), cette prise en charge est minimale pour le patient « moyen » qui n'est pas exonéré du partage des coûts.

Prise en charge de la Consommation de Soins et de Biens Médicaux (CSBM)



ÉVOLUTION DES TAUX DE COTISATIONS PATRONALES AU NIVEAU DU SMIC (Y COMPRIS MESURES GÉNÉRALES D'EXONÉRATION) EN POURCENTAGE DU SALAIRE BRUT, 1980 - 2010



Les employeurs paient de moins en moins...

...Le patient paie
de plus
en plus.

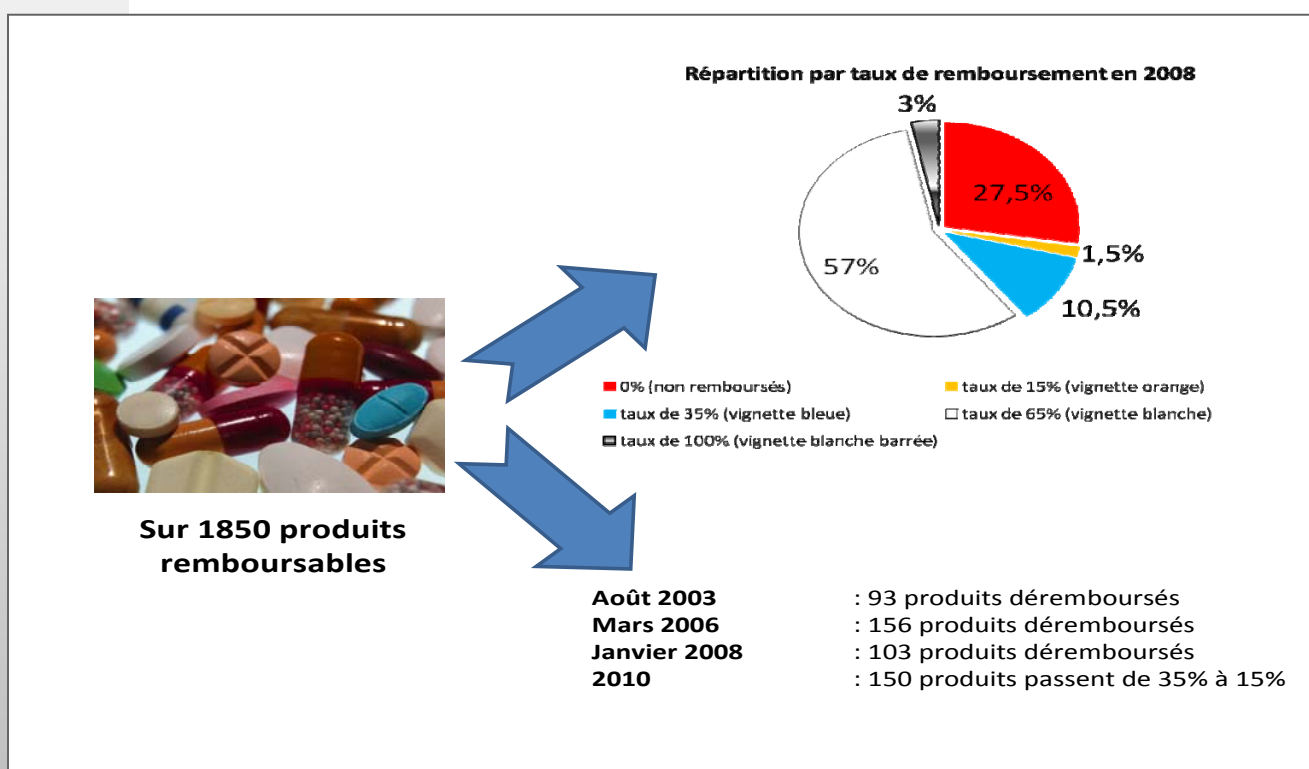
Ces mesures sont avant tout ic

Autre phénomène : après s'être stabilisée autour de 80% dans les années 1980, la prise en charge de la Sécurité sociale a décliné, surtout depuis la réforme de 2004, avec un transfert important vers les complémentaires Santé (*mutuelles*).

Ce transfert pèse d'autant plus sur le budget des ménages qu'il concerne les soins de base et non seulement le superflu ou l'accessoire (*chambre seule à l'hôpital par exemple*). Cela modifie profondément l'architecture du financement de la solidarité du système de santé en France.

Pour des prestations
toujours plus faibles !

En 2008, les ventes de médicaments en France ont représenté un chiffre d'affaires de 25,8 milliards d'euros, dont 5 milliards à l'hôpital et 20,8 milliards en ville.



Ces déremboursements massifs ne sont pas pris en charge par la plupart des complémentaires. Ils viennent compléter une série d'attaques récentes contre l'accès aux soins des assurés sociaux :

Réforme santé 2004 :

- Mise en place du parcours de soins, avec obligation de passer par un médecin traitant pour être remboursé.
- Mise en place de forfaits incompressibles, obligatoirement à la charge des patients : 1 euro jamais remboursable pour chaque visite chez le médecin, 18 euros pour les actes médicaux dits « lourds », facturés plus de 91 €.

2008 : les sinistres « franchises médicales » :

- 0,50 euro par boîte de médicaments (*ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple*) ;
- 0,50 euro par acte paramédical ;
- 2 euros par transport sanitaire.

idéologiques et ne visent pas à un retour à l'équilibre...

Une autre idée dans les têtes : pour « sauver la Sécu », il faudrait baisser les prestations universelles, financées collectivement par le salaire socialisé, pour passer à la fourniture de « services » individualisés et payants, selon une logique de marché.

2010 : Hausse du forfait hospitalier qui passe de 16 à 18 euros, ce qui a représenté une augmentation de charge pour les ménages et les complémentaires de 200 millions d'€ selon la Mutualité française.

2011 : Ces baisses de prestations doivent s'aggraver dès janvier 2011, avec la baisse du taux de 35% à 30%. Le plan du gouvernement prévoit également d'augmenter de 0,5 point le ticket modérateur qui demeure à la charge des particuliers pour les consultations de médecine générale et les actes de kinésithérapie et d'infirmiers, et de permettre à la Sécurité sociale de moins rembourser certains actes pratiqués à l'hôpital. Selon la Mutualité Française, la mise en place des mesures du plan d'économies "représenterait une dépense supplémentaire de 500 millions d'euros pour les ménages".

En comparant ces sommes (500 millions d'€) avec le soi-disant « déficit » de la branche maladie (plus de 10 milliards d'euros en 2009), on est obligé de constater que ces mesures sont avant tout **idéologiques** et ne visent pas un retour à l'équilibre, mais à insuffler une autre idée dans les têtes : pour « sauver la Sécu », il **faudrait baisser les prestations** universelles, financées collectivement par le salaire socialisé, **pour passer à la fourniture de « services »** individualisés et payants, selon une logique de marché.



1. Au sujet de la **médecine libérale**

Un sujet peu abordé est celui du poids du **libéralisme de la médecine** française. La charte de la médecine libérale date de 1928, elle est toujours en vigueur. Elle prévoit essentiellement :

- la **liberté d'installation du médecin**, avec pour conséquence le développement de déserts médicaux dans certaines régions.
- la liberté de **prescription**, soumettant le médecin au lobbying des grands laboratoires pharmaceutiques qui dévot le métier de visiteur médical
- l'entente avec le patient sur le prix de l'acte médical, ce que les ordonnances de 1945 ont supprimé, en créant les honoraires conventionnés.

La **corporation des médecins** s'est opposé de façon constante à toute tentative (*tarifs opposables, enveloppe globale, « contrat de santé » Evin, « maîtrise comptable » Juppé*) d'encadrement des honoraires médicaux. Face à cette guérilla, les gouvernements successifs ont fait le choix de faire du patient la cible principale de la baisse des dépenses publiques de santé.

En 1980 est créé le « *secteur 2* ». Les médecins du « *secteur 1* » pratiquent des tarifs fixes en contrepartie de la prise en charge de leurs cotisations sociales et d'une partie de leur retraite. Les médecins du « *secteur 2* » peuvent pratiquer des tarifs libres.

Avec le **secteur 2**, les pouvoirs publics espèrent une diminution des dépenses : le médecin peut faire moins d'actes payés plus chers. Or, la Sécurité sociale rembourse à l'acte. **Le grand perdant est le patient** obligé de payer des honoraires supplémentaires qui ne sont remboursés que par les complémentaires haut de gamme réservés aux plus hauts revenus ou aux bénéficiaires de certains contrats collectifs d'entreprise.

Reconquérir une Sécurité Sociale de haut niveau.

Avec la déconnection entre les tarifs de la Sécurité sociale et ceux réellement pratiqués par les médecins, l'un des fondements de l'assurance maladie est ébranlé. **Cette stratégie**, faire payer le patient, **est lourde d'inégalités : renoncement aux soins** d'assurés sociaux pour raisons financières, **refus de soins** de certains médecins du secteur 2 ou du « secteur optionnel » (*mis en place en 2009 avec la complicité de toutes les organisations syndicales, sauf la CGT*). Cette politique amène des aberrations : avec le coût moyen de 416 euros pour la Sécurité sociale pour chacun des 4,7 millions de bénéficiaires de la CMU Complémentaire en 2007, on mesure le prix à payer pour faire payer le patient.

(Plus d'info : ies-salariat.org/ la désocialisation de la santé en France, octobre 2010)

2. Le saccage de l'hôpital public.

La chasse à l'hôpital public est ouverte, depuis un an, les fermetures de services hospitaliers se multiplient **au profit des cliniques privées**.

Le plan hôpital 2007, avec la mesure phare de la tarification à l'activité (*T2A, passage d'une logique de moyens à une logique de résultats*) avait ouvert la voie vers un système hospitalier financé à l'acte, et transformant l'hôpital en entreprise de soins cherchant en toute logique commerciale à **rentabiliser** l'activité. La pression budgétaire mise sur les établissements a déjà amené de nombreuses suppressions de postes, des fermetures de lits jugés non rentables et à des externalisations de nombreuses activités ; ménage, restauration, etc...

C'est la logique des cliniques privées lucratives qui a ainsi tendance à remplacer la logique de service public de santé, le projet de convergence tarifaire entre l'hôpital public et les cliniques privées est là pour en témoigner, et l'ensemble de la démarche prépare la **privatisation des activités les plus rentables** pour laisser **au service public les activités qui nécessitent des investissements plus onéreux**.

La loi BACHELOT, votée il y a un an, a fait de grands pas dans cette direction, elle est venue confirmer et amplifier une politique mise en œuvre depuis de nombreuses années. La mise en place des agences régionales de santé chargées de gérer les réorganisations du secteur hospitalier, et du secteur médico-social avec à leur tête un directeur tout puissant, véritable préfet sanitaire nommé par le ministre ; la modification de la gouvernance de l'hôpital avec la mise en place d'un directeur d'hôpital, chef d'entreprise, et la mise à l'écart des élus locaux, des médecins et des représentants du personnel.

La fermeture des services de chirurgie et de maternité dans un nombre de plus en plus important d'hôpitaux de proximité pèse également dans le cadre du service public de soins aux usagers.

Pour les services de chirurgie, ce sont les cliniques privées qui vont se retrouver en situation de monopole pour les malades

qu'elles accepteront de prendre, car **les cliniques trient leurs clients** et réorientent vers les hôpitaux publics les interventions trop lourdes ou les malades ayant des pathologies chroniques.

L'argent des assurés sociaux et des mutualistes **ne doit pas servir à des groupes financiers** de la santé privée, pour reverser des dividendes colossaux à leurs actionnaires.

Il faut en finir avec le chacun pour soi contre la solidarité (seuls ceux qui en auront les moyens pourront se soigner) réorganiser l'hôpital public pour changer sa culture en amenant les professionnels et les usagers à accepter la seule logique de rentabilité au détriment de la qualité du service rendu.

Il faut remettre le service public au centre du système de santé, bien commun de tous,

Reconquérir une sécurité sociale de haut niveau qui couvre l'ensemble des dépenses de soins des assurés sociaux.

4. Les complémentaires santé.

Historiquement, la construction de notre protection sociale, s'est réalisée de façon conflictuelle, notamment en ce qui concerne les différents modèles de prévoyance libre et obligatoire.

La mutualité a souvent été considérée par le syndicalisme comme un instrument de contrôle social.

Le refus de laisser la prévoyance sociale sous l'emprise exclusive des organismes à but lucratif a marqué durablement l'évolution des institutions sociales en France.

Au fil du temps, les complémentaires santé se sont substituées à la Sécurité sociale, dans un premier temps pour les lunettes, les lentilles etc... et ensuite pour le dentaire, certaines pour des raisons historiques.

Les complémentaires santé ont pour seule activité de rembourser le complément du remboursement de la Sécurité Sociale. Elles sont organisées soit au niveau géographique, soit au niveau professionnel (*groupe ou entreprise*).



Cette situation a été remise en cause par la construction européenne. Pourquoi ?

La France est le seul pays où existe une Sécurité Sociale forte complétée par un mouvement social mutualiste. Les Compagnies d'assurances avaient une influence très limitée à l'origine (*à peine 3% du marché*). Dans les autres pays, c'est le marché assurantiel privé qui assure le principal des remboursements.

Sous couvert de l'Union Européenne, les gouvernements français successifs ont engagé une **ouverture à la concurrence**. Cela conduit à une transformation des principes fondamentaux de la Sécurité Sociale, surtout en ce qui concerne la pharmacie, les actes médicaux annexes (*kiné, soins infirmiers, examens de radiologie et de laboratoire*) et bien entendu le dentaire et l'optique qui sont pour ces 2 derniers quasiment pris totalement en charge par les complémentaires.

Sans mobilisation forte des assurés sociaux, les complémentaires remplaceront à terme la Sécurité Sociale.

Cette situation favorise les desseins de la Mutualité Française qui avait voté contre la création de la Sécurité Sociale en 1945. Elle tient en quelque sorte aujourd'hui sa revanche. Mais cette victoire va avoir un goût amer pour les mutualistes. La mutualité reste un organisme à but non lucratif, elle n'a pas d'actionnaires à rémunérer, mais le dogme de la concurrence impose des règles de **solvabilité** extrêmement draconiennes.

Cela impose aux mutuelles de constituer des réserves financières très importantes. Le résultat a été la disparition des milliers de petites mutuelles et la constitution d'une quinzaine de groupements mutualistes. Ce qui éloigne le mutualiste des centres de décisions et la direction de gestion par des professionnels surtout financiers.

Devant la pression des compagnies d'assurances et de l'Europe sur la concurrence, les mutuelles se voient contraintes aujourd'hui de proposer des contrats spécifiques à chaque entreprise ou pour les individuels à chaque tranche d'âge.

Cette situation de marché ouvert va aboutir inexorablement à l'abandon de la solidarité non seulement au niveau de la mutuelle, mais au niveau des salariés actifs par rapport aux retraités, plus de

solidarité dans la branche professionnelle, des contrats de sur-complémentaire pour ceux qui peuvent se les payer.

Il est même envisager dans certaines entreprises d'avoir des contrats spécifiques pour les cadres de direction, un autre pour les cadres, un troisième pour les salariés exposés à des risques de maladie professionnelle. Comme le glissement des remboursements de la Sécurité Sociale vers les mutuelles va se poursuivre et s'accroître ; on peut craindre que finalement cela se traduise par **l'instauration d'une sécurité sociale type assurantielle** privée par entreprise.

Il est donc impératif de défendre la Sécurité Sociale et même de lui redonner sinon l'exclusivité du remboursement des dépenses de santé (*ce qui n'apparaît pas être à l'ordre du jour aujourd'hui*), mais surtout redonner le pouvoir aux assurés sociaux par le rétablissement des élections des administrateurs au suffrage universel. Sinon, il faudra **réformer la Mutualité Française en profondeur** en imposant une véritable démocratie et en favorisant les mutuelles locales, de branche et non soumises aux règles financières du marché.

Un véritable contrôle démocratique étant la garantie d'une bonne gestion.

1. Un **glissement** de plus en plus évident vers les ménages.

Les déremboursements successifs de la Sécurité Sociale voulus par le gouvernement et le patronat mettent les ménages de plus en plus à contribution soit directement, soit par l'intermédiaire des complémentaires santé quelles qu'elles soient d'ailleurs.

Evolution de la participation des acteurs du paiement de la couverture maladie

	1995	2000	2006	2008
Sécurité Sociale	77,1	77,1	77,0	75,5
Etat	1,1	1,2	1,1	1,3
Complémentaires	12,2	12,8	13,1	13,7
Ménages	9,6	9,0	8,6	9,4

1995-2000-2006 : source comptes nationaux de la santé. 2008 : source FNMF

Si rien ne change rapidement, nous constatons donc que nous allons vers une diminution très sensible des remboursements de la Sécurité Sociale, et donc vers une prise en charge plus importante soit des complémentaires, soit de la participation directe des malades.

Si il devait en être ainsi, le choix de la mutuelle est celui qu'il faut préconiser. La première de ces raisons, c'est que ce sont des sociétés de personnes et non de capitaux. Il n'y a donc pas de rémunération d'actionnaires. Pour autant, la mutuelle doit être à l'écoute de ses adhérents, avec des tarifs acceptables et des prestations suffisantes. Les mutualistes sont les acteurs de leurs propres garanties. Il faut donc que la démocratie soit la plus aboutie possible pour que les mutualistes deviennent les meilleurs défenseurs du mouvement, et de ce fait de l'assurance maladie obligatoire, donc de la Sécurité Sociale. Nous n'en sommes pas encore là, pourtant la situation exigerait que le mouvement mutualiste prenne conscience du danger. Il semblerait que les choses commencent à bouger.

En attendant, le marché mercantile s'installe dans le paysage et se frotte les mains avec la création des **contrats collectifs**. Il faut bien le constater aujourd'hui, c'est une pratique qui va se développer de plus en plus et qui met les mutuelles en difficulté. D'abord sur le plan des principes puisque ce n'est plus le mutualiste qui décide, mais l'employeur qui, après consultation, négociation avec les organisations syndicales va négocier un contrat. La plupart du temps ce contrat ne va concerner que les actifs et n'est valable que pour une durée limitée (*en général : 3 ans maximum*). Difficile dans ces conditions d'avoir une relation durable et suivie avec l'adhérent. Et encore mieux, parce qu'aujourd'hui, les entreprises font appel à des organismes dits spécialisés dans la recherche

frotte les mains avec la création des contrats collectifs...

« du meilleur produit au meilleur coût », donc pourquoi pas à des mutuelles, mais qui ne connaîtront pas le fichier des adhérents et donc aucun contact avec ceux-ci. La gestion étant assurée par l'organisme (*courtier*) qui remettra bien sûr en cause chaque année le contrat.

2. Vers des « Sécurités Sociales d'entreprise ».

Le rêve du patronat c'est de faire payer au salarié les frais de sa propre santé et de ne plus participer au financement de la Sécurité Sociale. Il considère que le salaire socialisé ne fait pas partie de son activité, et qu'en conséquence cela doit se traduire par une prise en charge par l'Etat (*donc l'impôt*) pour les dépenses lourdes (*hospitalisation*) et par les malades pour la médecine de ville (*le dentaire et l'optique*). Les contrats collectifs s'inscrivent dans cette logique puisque c'est le patron qui décide en définitive, ce qui aboutira à terme à l'instauration non plus de mutuelles d'entreprise mais de Sécurités Sociales d'entreprise.

Il est impératif de garder et surtout de développer le caractère démocratique de la Sécurité Sociale et de la Mutualité et d'exiger une participation patronale plus forte du salaire socialisé correspondant aux gains de productivité des entreprises.

COLLECTIVE

PRÉVOYANCE

Les Mutuelles de France restent toujours à vos côtés, tout au long de votre vie de travail et après. La prévoyance collective, c'est la solidarité jusqu'au bout.

Les Mutuelles de France offrent des garanties et des services adaptés aux besoins de l'ensemble des salariés. La gamme des prestations des Mutuelles de France répond à toute demande de :

- complémentaire santé
- prévoyance collective (incapacité, décès)
- dépendance
- retraite supplémentaire
- assistance

Avec les Mutuelles de France vous êtes sûrs de choisir une protection collective, sans discrimination, dans une dynamique solidaire, sur la base d'un contrat clair et d'une gestion transparente, liée au statut de la mutualité.



MUTUELLES DE FRANCE
L'ÉCHAIRÉ, L'ENTRAIDE, LA RÉCIPROCITÉ

TOUS DIFFÉRENTS
mais tous solidaires, TOUT LE TEMPS

www.mutuelles-de-france.fr



5. Le risque chômage



1. L'invention de « l'UNEDIC » et des « partenaires sociaux ».

Avant 1945, l'assistance aux chômeurs, là où elle existe, se traduit par le versement d'une allocation forfaitaire, sous condition de (*faibles*) ressources, et sous condition de durée de résidence dans la commune. Les mairies organisent les pointages et la remise des cartes de secours dans les rares services du chômage existants, financés sur fonds publics. On est alors sur une logique d'assistance.

Les ordonnances de 1945 (*CNR*) prévoient l'entrée ultérieure de l'assistance aux chômeurs dans le champ du régime général de la Sécurité sociale. Alors qu'un tel projet est élaboré en 1950-51, le rapport de forces ayant changé, il ne voit jamais le jour.

En **1958**, de Gaulle soumet la France en pleine croissance à une cure d'austérité très impopulaire. Notamment, il entend imposer dès début 1959 une franchise de 30 Francs par ordonnance médicale à la charge des patients.

Cette époque marque l'**invention des « partenaires sociaux »** et des négociations nationales. L'Etat pose comme interlocuteurs des organisations peu présentes sur les lieux de travail (*CFTC qui deviendra CFDT*, *FO*), à qui des concessions sont faites pour marginaliser une *CGT* jugée trop puissante. De Gaulle lance une négociation sur le salaire trimestriel garanti car il a politiquement besoin que syndicats et patronat démontrent leur capacité à aboutir à des accords contractuels.

Ouverte sur la garantie trimestrielle de salaire, la négociation débouche sur un régime paritaire d'indemnisation du chômage. L'accord est signé par d'une part le *CNPF*, que de Gaulle affirme comme organisation patronale interprofessionnelle, contre certaines de ses fédérations ou contre les employeurs non affiliés ; et d'autre part la *CFTC*, *FO* et la *CGC*. **La CGT**, qui n'a pas pris part aux négociations car elle exigeait l'intégration de ce dispositif dans la Sécurité sociale, adhère à l'accord le 12 janvier 1959.

C'est cet accord, cette convention, qui crée **en dehors de la Sécurité sociale**, les ASSEDIC et les fédère dans l'UNEDIC. Il s'agit d'associations 1901, à compétence nationale (UNEDIC) ou locale (ASSEDIC), administrées de façon paritaire. La volonté n'est pas seulement de servir des allocations aux travailleurs privés d'emploi mais aussi de se pencher sur les problèmes posés par l'évolution de l'emploi : orientation, formation, placement, reclassement.

2. Du **revenu** de remplacement au « **chômeur-fraudeur** ».

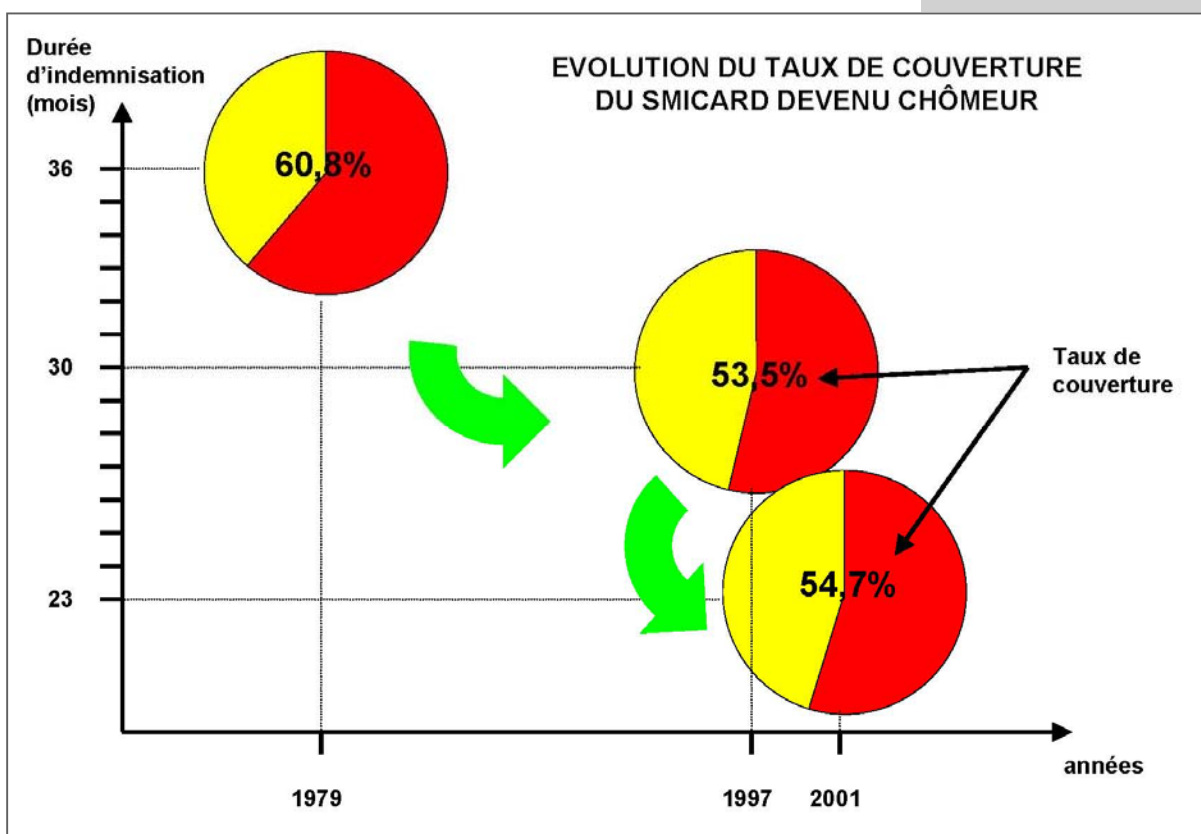
C'est dans les années 1960 que l'allocation de secours aux chômeurs d'avant-guerre, se transforme en véritable **revenu de remplacement**. Par exemple, les demandeurs d'un premier emploi de plus de 17 ans, bénéficient de l'allocation minimale d'assurance chômage s'ils sont titulaires d'un diplôme de l'enseignement technique ou inscrits au chômage depuis plus de 6 mois.

En 1966 est créée l'Association pour la formation des adultes (AFPA), liant financement public du chômage et **formation avec acquisition d'une qualification**. L'année suivante est créée l'Agence nationale pour l'emploi (ANPE), renforçant les liens entre recherche d'emploi et aide publique.

Dernier né de la protection sociale, le **risque chômage-emploi** sera le dernier à entrer dans la logique du salaire socialisé. Ce sera aussi **le premier à être remis en cause**. Après les mesures relativement progressistes du début des années 70, le patronat dans les années 80 fait des allocataires chômage les premières **victimes d'une crise économique** qu'il faut bien que quelqu'un paye.

Bien que le chômage soit un risque créé par la politique des employeurs, qui font de l'emploi leur variable d'ajustement pour infléchir le rapport de forces capital-travail, **le patronat refuse avec acharnement toute hausse de cotisations** patronales pour le financer. En 1978, puis en 1982, l'Etat décrète une hausse des cotisations, une décision qui arrange les patrons à double titre :

- Elle introduit l'idée que le niveau du chômage nécessite l'intervention de l'Etat et sa **prise en charge par les contribuables**, et non plus les entreprises.
- Elle permet au CNPF de dénoncer la convention de 1958, pour imposer de nouvelles revendications, comme la séparation des responsabilités entre régime paritaire et intervention d'Etat.





Un nouvel accord est signé en 1984, pour une durée déterminée, qui crée l'allocation spécifique de solidarité pour les chômeurs en fin de droit, payée par l'impôt. Le revenu minimum d'insertion, créé par le gouvernement Rocard, suit la même logique en 1988. **L'impôt (le contribuable) remplace la cotisation sociale (l'employeur) comme financeur du risque chômage.**

A partir des années 1990, le rôle de l'UNEDIC se modifie, sous l'influence du patronat et des syndicats gestionnaires de l'association (CFDT et CFE-CGC). **Un changement majeur de politique se dessine alors, dont on voit les effets encore aujourd'hui : plutôt que de garantir une couverture et un niveau d'indemnisation du chômage, les fonds sont orientés sur l'accompagnement à la recherche d'emploi.** C'est à cette époque qu'émerge un nouveau concept : l'employabilité.

Pour « inciter » à ce même emploi est décidée **la baisse des cotisations patronales**. Le MEDEF veut substituer « *la logique de la responsabilisation à celle de l'assurance* ». Au contraire, la CGT entend améliorer l'indemnisation des privés d'emploi, au nom de l'irresponsabilité de ceux-ci vis-à-vis du chômage.

En 1999, nouvelle offensive du patronat, avec la mise en place du plan d'aide au retour à l'emploi (PARE). L'année suivante, les conditions d'accès au régime sont durcies, la durée d'indemnisation passe de 30 à 23 mois, **avec effet rétroactif**. À peine la moitié des chômeurs sont indemnisés par l'UNEDIC ! Cet épisode donnera lieu à la fameuse victoire juridique des « **recalculés** » en 2002, que la CFDT qualifiera de « catastrophique ».

Parallèlement, les gestionnaires de l'UNEDIC (MEDEF, CFDT, CFTC, CFE-CGC) renforcent la nécessité pour l'allocataire de faire la preuve de ses recherches d'emploi. **Le chômeur est considéré a priori comme fraudeur et fainéant.**

En 2005, un nouvel accord accentue l'exigence d'un retour à l'emploi rapide, qu'il soit ou non conforme à la qualification du privé d'emploi. **De multiples aides** sont octroyées **aux entreprises** (*baisse des « charges »*), sous couvert de former des chômeurs. Les besoins de qualification des entreprises sont alors largement pris en charge par la collectivité. Les chômeurs, eux, voient leur durée et leur niveau d'indemnisation diminuer.

Avec l'accord de 2005, on passe de l'accompagnement à la recherche d'emploi à une dimension **contraignante** dans le dispositif en vue de « *faire de l'emploi* ». On **crée** avec cet accord le **besoin** d'avoir une coordination entre les ASSEDIC et l'ANPE, ainsi que les autres acteurs de la formation et de l'emploi. L'Etat répond en 2008 à ce « besoin » issu de l'accord de 2005, avec la fusion à la hussarde ASSEDIC-ANPE qui crée « **Pôle emploi** ».

La mise en place de Pôle emploi est en droite ligne la **métamorphose de l'assurance-chômage** depuis 25 ans. Celle-ci avait pour fonction d'octroyer un revenu de remplacement au privé d'emploi victime des stratégies patronales. **Sa fonction devient tout autre** : faire sortir les chômeurs des statistiques officielles, soit en les insérant à toute force dans un « emploi » (*sans que ce terme soit défini réellement*), soit en les radiant sous des prétextes variés, voire fantaisistes.

3. L'imposture des chiffres.

Le résultat de cette politique est spectaculaire : **le nombre de chômeurs indemnisés n'a jamais été aussi faible**. Il y a, à ce titre, une véritable propagande sur les chiffres.

Le discours officiel ne prend en compte qu'une fraction des situations « *hors emploi* », la catégorie A parmi les 5 possibles chez Pôle emploi. La catégorie A comprend les demandeurs d'emploi « *immédiatement disponibles, tenus de faire des actes positifs de recherche d'emploi, sans emploi* ».

En juillet 2010, la catégorie A regroupait 2,676 millions de personnes. Si l'on comptabilise les 5 catégories de Pôle emploi, y compris ceux qui sont en activité partielle et les personnes non « *tenues* » de faire une recherche d'emploi, on monte à 4,5 millions de sans emploi. Mais ce chiffre exclut encore les personnes non comptabilisées dans le chômage au sens du BIT, car elles ne recherchent pas un emploi ou ne sont pas disponibles. C'est ce qu'on appelle le « **halo du chômage** », représentant selon l'INSEE près de 800.000 personnes.

Ce halo comprend par exemple des personnes ayant peu de chance de retrouver un emploi, donc dispensées de recherche, ou ayant renoncé, par découragement, à rechercher un emploi : chômeurs de longue durée subissant l'exclusion sociale, mères au foyer désirant travailler mais n'entamant pas de démarche, étudiants choisissant de poursuivre leurs études faute de trouver du boulot. Le halo s'est étendu avec la multiplication des formes atypiques d'emplois : travailleurs subissant **un temps partiel subi**, ceux recherchant un emploi mais qui ont travaillé quelques heures dans la semaine ou le mois de référence, ainsi que les personnes en **emplois précaires**.

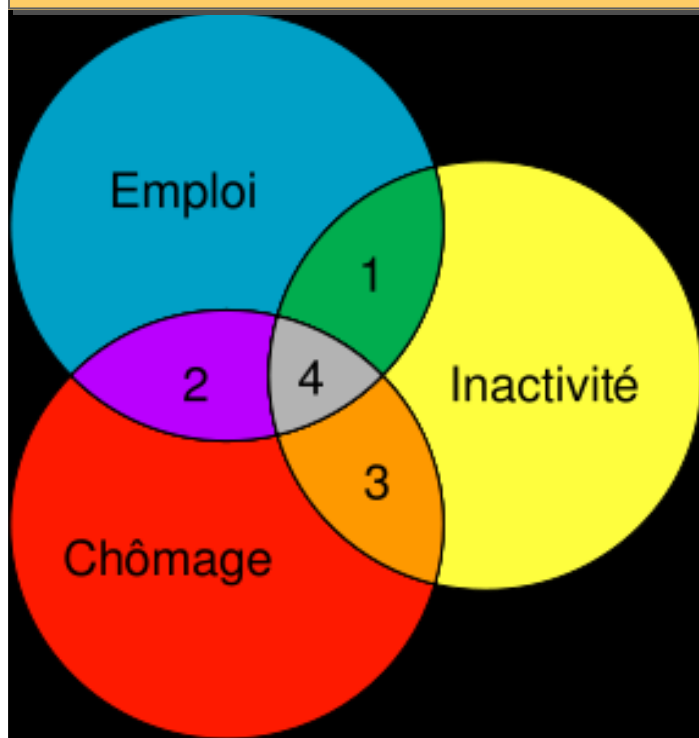
Enfin, le travail clandestin n'est quant à lui comptabilisé « *officiellement* » nulle part. On estime qu'il touche 400.000 personnes en France environ.

En totalisant ces chiffres, on arrive à **5,7 millions de personnes en situation de « hors emploi »**, soit une personne sur cinq présentes sur le « *marché* » du travail.

L'existence et la permanence de cette **armée de réserve** pèse sur les conditions d'emploi de celles et ceux qui en ont un, les incitant à accepter une exploitation plus intense sous peine d'exclusion de l'emploi. Il est nécessaire de dépasser cette logique, en organisant l'activité humaine et économique à partir de la réponse aux besoins humains, et non pas basée sur le rapport de subordination au service du droit de propriété.

Halo du chômage selon Freyssinet

1. Temps partiel voulu
2. Temps partiel subi
3. Formation, Cessation anticipée d'activité, chômeurs découragés.
4. Travail clandestin



6. Les allocations familiales, éléments



1. Un peu d'histoire.

La France, contrairement aux autres pays européens, mène depuis 1946 une politique familiale forte, avec des salaires tenant compte des enfants à charge. Le modèle familial de référence reste, encore aujourd'hui, celui du code Napoléon : père de famille qui travaille, femme au foyer, enfants légitimes seuls reconnus.

Les allocations familiales ouvrières sont créées après la première guerre mondiale dans la fonction publique. Dès leur création, les allocations familiales sont définies sur la base d'un refus de prise en compte d'un plafond de ressources, ce qui leur assurent un éventail social très large des allocataires. Elles rencontrent l'hostilité de la CGT dans les années 1920, car elles sont utilisées alors pour éviter les augmentations de salaire direct dans le secteur privé. La mise en place de la Sécurité sociale va changer la donne :

- Généralisation des barèmes selon une logique territoriale (*au lieu de professionnelle*),
- Continuité des versements dans les situations de non travail (*Chômage, maladie, retraite*).

Ainsi, les prestations familiales d'une famille ouvrière de trois enfants qui ne représentaient que 15% de ses revenus en 1936, en représentent plus de la moitié en 1946 !

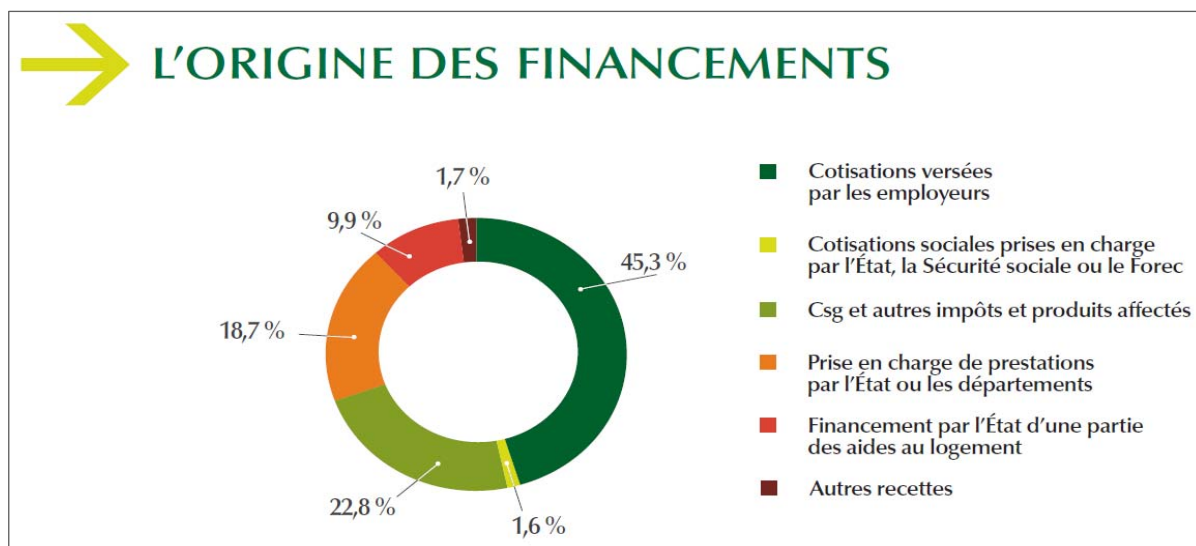
A la fin des années quarante, les prestations familiales représentent la moitié des dépenses de Sécurité sociale. Et si la population des cadres est entrée dans le salaire socialisé par l'intermédiaire des retraites, on peut dire que la socialisation du salaire des ouvriers s'est d'abord faite par les allocations familiales, en particulier jusqu'au milieu des années cinquante.

nt essentiel du salaire socialisé.

Après cette date, la logique salariale progresse dans la branche famille, mais l'ordonnance d'août 1967 (*de Gaulle*) inverse cette tendance en introduisant la notion de prestations sous conditions de ressources. Aujourd'hui, la branche famille continue d'être le lieu d'une intervention importante de l'aide sociale, sous le contrôle de l'Etat et financé par l'impôt, et non les cotisations sociales.

2. Panorama de la **branche « famille »**.

La branche **Famille** de la Sécurité sociale est un réseau de 123 caisses d'allocations familiales (CAF) régionalisées, piloté par la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF). Les CAF versent les **prestations familiales** financées par les **cotisations sociales** (*salaire socialisé*). Mais elles sont également chargées, pour le compte des administrations publiques (*Etat, Conseils généraux*), de verser sur leurs territoires une part de **l'aide sociale** financée par **l'impôt**.



En 2008, les prestations financées par les allocations familiales, ou versées pour le compte de l'administration, s'élèvent à 68,5 milliards d'euros :

47,8 milliards pour les prestations familiales, qui concernent 6,7 millions d'allocataires. Elles se déclinent en :

- 19,3 milliards d'allocations familiales, allocations de rentrée scolaire, de soutien familial, etc.
- 13,6 milliards pour la petite enfance : allocations jeune enfant, allocation parentale d'éducation, etc...
- 7,9 milliards d'aides au logement,
- 7 milliards de prestations indirectes : assurance vieillesse des parents au foyer, majorations de retraite, congés paternité,

20,7 milliards de prestations de lutte contre la précarité, relevant de l'aide sociale, qui concernent 5,1 millions d'allocataires. Cette somme se divise en

- 13,4 milliards pour les minima sociaux : le RMI (*remplacé par le RSA depuis le 1^{er} juin 2009*), l'allocation de parent isolé, l'allocation aux adultes handicapés, les contrats aidés et les dispositifs de retour à l'emploi,
- 7,3 milliards pour l'aide au logement en faveur de personnes sans enfant.

	Dépenses de la branche Famille		Bénéficiaires de prestations légales directes au 31/12/08	
	Montant (millions d'euros)	Évolution 2007/8 (%)	Effectifs (milliers)	Évolution 2006/7 (%)
Prestations en faveur des familles	47 801	3,6	6 659,1	1,0
Prestations directes	40 769	3,8	6 659,1	1,0
Prestations petite enfance ⁽¹⁾	13 571	5,7	2 269,3	1,3
Aides au logement ⁽²⁾	7 870	6,8	2 495,0	5,1
Autres aides directes ⁽³⁾	19 328	1,4	5 544,7	0,7
Prestations indirectes ⁽⁴⁾	7 033	2,2	-	-
Prestations de lutte contre la précarité	20 686	3,5	5 146,1	3,5
Minima sociaux ⁽⁵⁾	13 444	1,4	2 155,5	0,5
Aides au logement en faveur de personnes sans enfants	7 242	7,7	3 538,5	6,2
Ensemble des prestations	68 487	3,6	11 028,6	2,4

(1) Les prestations petite enfance comprennent :

• l'allocation pour jeune enfant • l'allocation d'adoption • l'allocation parentale d'éducation • l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée • l'allocation de garde d'enfant à domicile • la prestation d'accueil du jeune enfant • l'action sociale petite enfance.

(2) Les aides au logement en faveur des familles regroupent les prestations légales logement et l'action sociale logement.

(3) Les allocations allouées aux familles comprennent :

les allocations familiales • le complément familial • l'allocation de soutien familial • l'allocation d'éducation spéciale • l'allocation de présence parentale • l'allocation de rentrée scolaire • l'action sociale hors petite enfance et logement • les autres prestations (dont frais de tutelle).

(4) Les prestations indirectes en faveur des familles sont constituées de l'assurance vieillesse des parents au foyer et des majorations de pensions vieillesse et des congés paternité

(5) Les minima sociaux regroupent :

le revenu minimum d'insertion • l'allocation de parent isolé • l'allocation aux adultes handicapés • le revenu de solidarité, le revenu de solidarité active • les contrats aidés et les dispositifs de retour à l'emploi (Cirma, contrats d'avenir, prime de retour à l'emploi).

Source : Cnaf

3. Evolution récente

Le déficit de la branche Famille de la Sécurité sociale devient plus fréquent. Il est méthodiquement organisé. **Jusqu'en 1994, la branche famille est rarement déficitaire.** En 1995, le plan Juppé, plutôt que d'augmenter les cotisations patronales, décrète de diminuer les prestations : gel des prestations et des plafonds, réforme de l'allocation pour jeune enfant, prise en compte de l'ensemble des revenus pour le versement de l'allocation de logement familial et des prestations familiales, alignement des taux de cotisation de l'État et des entreprises publiques sur celui des entreprises privées.

A partir de 2001, la loi de financement de la Sécurité sociale impose à la branche famille (CNAF) la prise en charge de la majoration de retraite de 10 % servie aux parents de trois enfants ou plus. Les politiques de désindustrialisations, sous-traitances, l'organisation de crises financières, qui se transforment en crise économique, pèsent sur les recettes de la branche famille (*moins de cotisations*).

La loi de financement de la Sécurité sociale 2011 accélère le processus en prévoyant le détournement d'une fraction du produit de la CSG de 0,28 point, normalement dévolue au financement de la branche famille, au profit de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades), normalement financée par l'impôt.

4. Ce que l'on doit revendiquer :

- **Asseoir la totalité des financements de la branche famille sur la cotisation sociale** : cela permet de faire dépendre les allocations familiales du salaire socialisé (*reconnaissance de toute situation hors emploi par le capital*) et non de l'impôt payé par les contribuables.
- **Abandon des conditions de ressources**, qui ont de plus en plus tendance à faire réserver les prestations familiales aux « pauvres ». Ceci pour éviter une situation du type « les allocations familiales pour les indigents, les prestations payantes et de haut niveau pour les riches ».
- **Augmentation des prestations** qui dépendent de la branche famille. En particulier, le RSA dont le montant trop faible fait dépendre l'insertion de l'intéressé de solidarité de voisinage et de parenté, à l'inverse de la reconnaissance par le salaire socialisé de la situation de non emploi. Pour augmenter les prestations, il est nécessaire d'augmenter le taux de cotisations sociales patronales.
- **Elargissement des prestations à des situations non compensées à ce jour** : endettement, continuité des ressources en cas de divorce, arrêts de travail pour éducation des enfants, etc...

7. La dépendance, ou perte d'autonomie...

Les progrès de la médecine ont permis d'augmenter l'espérance de vie d'environ 1/3 en un siècle. Globalement nous vivons aujourd'hui en moyenne jusqu'à 75/80 ans dans de bonnes conditions physiques et intellectuelles.

Par ailleurs, nous vivons une période où la vie dite moderne est plus stressante, plus consommatrice d'énergie individuelle, et nous sommes sollicités (*agressés ?*) de toutes parts et sur beaucoup de sujets.

Tout ceci concourt à **une fin de vie parfois difficile pour la personne elle-même, mais aussi pour son entourage**. Une des manifestations les plus connues est la Maladie d'Alzheimer, mais ce n'est pas la seule. Il y a différentes pathologies dues au vieillissement avec des degrés différents de dégradation des conditions de vie nécessitant des aides adaptées liées à différents stades de dépendance.



1. Quelle est la situation aujourd'hui ?

Pour bénéficier d'aides financières ou de possibilité de placement en établissement adapté, il faut déterminer le niveau de dépendance. Pour se faire il a été établi **une grille des différents degrés de dépendance (GIR)** graduée de 1 à 6 (le degré 1 étant le plus fort).

À domicile

Du **niveau 3 au niveau 6**, les structures d'aide à domicile mises en place au niveau des collectivités territoriales suffisent en général. Le secteur associatif s'y est aussi investi ; le secteur privé y est beaucoup plus rare, ce qui ne veut pas dire qu'il se désintéresse complètement du marché. En ce qui concerne le secteur public et associatif le **coût des prestations** est presque tout le temps fixé en **fonction du revenu de la personne**.

En établissement

Pour les **niveaux GIR 1** (*perte de l'autonomie motrice et mentale*) et **GIR 2** (*prise en charge de la plupart des activités de la vie courante*), les familles recherchent le placement en structures adaptées (maisons de retraite médicalisées –Ephad ou privée). Les temps d'attente pour y entrer vont souvent de 18 à 24 mois, voire plus.

Les tarifs comprennent les frais d'hébergement et les frais médicaux avec toutefois des variantes liées à la nature de l'établissement. **Les tarifs** se situent en moyenne **entre 2 000 et 3 500 € par mois**.

Les malades peuvent bénéficier de l'ADPA (aide départementale aux personnes âgées). **Cette aide** mise en place **en dehors** de la Sécurité Sociale et **financée par l'impôt** est liée au degré de dépendance et au revenu de la personne. Elle est variable selon les départements, mais **dépasse très rarement 500 €**.

Malgré tous ces dispositifs d'aide, il ressort selon une étude faite par l'ODAS (*Observatoire Décentralisé de l'Action Sociale*) que la moyenne du **reste à charge pour la famille est de 1 600 € /mois**.

Dans la mesure où les revenus de la personne ne peuvent satisfaire son placement, il est possible de demander l'aide sociale départementale.

...quelle solution pour l'avenir ?



2. Quelles sont les sources de financement ?

Si la dépendance n'est pas directement liée à une situation sociale, il en va cependant tout autrement en ce qui concerne les moyens d'y faire face.

Ceux qui ont des **grands** moyens peuvent envisager des aides à domicile de niveaux élevés. Cela allant de garde-malade de 4 heures à 24 heures, avec aides médicales, ménagères, personnel de compagnie.

Pour la majorité des gens, les financements sont les suivants :

- La contribution personnelle correspondant à 90% du montant de la retraite de la personne dépendante.
- Ensuite, si cela s'avère insuffisant, des aides peuvent venir en complément : ADPA : aide départementale aux personnes âgées : Cette aide est donnée en fonction de certains critères (*degré de dépendance, état du patrimoine, placements financiers, etc ...*) , cette aide (*cela dépend des départements*) est au maximum d'environ 500 € .
- Diverses autres aides peuvent intervenir : Aide Personnalisée au Logement relevant des allocations familiales (*Sécurité Sociale*), Fond National de Solidarité relevant lui de l'Etat et financé par l'**impôt** dans une logique d'assistance.
- Des assurances dépendance sont aujourd'hui proposées par les banques ou les compagnies d'assurances à des prix qui ne permettent pas à tout le monde de pouvoir en bénéficier (*les cotisations allant jusqu'à 100/120 €/mois*).
- Enfin, ultime étape pour ceux qui ne peuvent pas subvenir entièrement au financement du placement des personnes, il y a l'Aide Sociale du Département. Cette aide (*hors Sécurité Sociale*) comme l'ADPA est soumise à certains critères. Elle complète le manque de financement, mais **les enfants solvables sont soumis à contribution** (*en fonction de leurs revenus*) et il y a récupération des sommes versées par le département au moment de la succession (*si y a lieu*). Bien sûr, dans le cas de personne seule ou de descendants directs non solvables et en absence de patrimoine, c'est le département, autrement dit le contribuable, qui paye. Pour cela l'Etat par sa dotation globale de fonctionnement participe en partie par le biais de ce que l'on appelle sa contribution à l'Aide Sociale Obligatoire.

Cet état des lieux démontre le besoin impératif de garantir les citoyens contre le risque dépendance, au moyen d'un financement pérenne basé sur la cotisation sociale.

3. Quelle solution pour l'avenir ?

Dans 20 ans, il y aura deux millions de personnes qui seront dans une situation de plus ou moins grande dépendance. Nous savons aujourd'hui que cela nécessitera des financements importants qui s'avèreront difficilement supportables pour la très grande majorité des familles et pour les finances des collectivités territoriales (*impôts*).

La dépendance doit donc être une **cause nationale** assurée par un financement pérenne qui doit être comme celui de la maladie et de la retraite. Il faut donc créer une cotisation sociale spécifique payée sur la masse salariale et sur les revenus financiers. **C'est à la Sécurité Sociale que doit revenir la gestion de ce 5^e risque.**

Ce n'est pas le choix qui est fait par le gouvernement Fillon 3 dont Mme Bachelot vient de se voir confier la mission de mettre entre les mains des **assurances privées** les fonds prélevés sur les salaires des actifs et les retraites sous forme de cotisations obligatoires à partir de 50 ans. Ce qui fait que **les patrons seront exonérés** d'une obligation de solidarité nationale.

APEX
A PRIME & SOGEX - ACTI

ISAST

ANTICIPER ET AGIR

FACE À LA CRISE

Apex et Isast forment un Groupe
indépendant de diagnostic
et de conseil au service des élus,
des CE, des CCE et des CHSCT.

Pour anticiper les plans
de l'entreprise et les stratégies
des actionnaires, pour obtenir
des engagements précis
des directions, Apex et Isast
apportent, dans leurs domaines
respectifs (économique, financier,
social, santé au travail)
une expertise critique, des chiffres,
des faits et des arguments qui ouvrent
la « boîte noire » de l'entreprise
pour anticiper et pour agir
avec clarté.

L'EXPERTISE AU SERVICE DES ÉLUS,
DES CE ET DES CHSCT
Les clés pour anticiper



APEX - ISAST

17 bd Poissonnière 75002 Paris

APEX - Tél. 01 53 72 00 00 - www.apex.fr

ISAST - Tél. 01 70 64 93 00 - www.isast.fr

La protection sociale :

Se prémunir des risques sociaux n'est-ce qu'un «moyen» pour permettre l'existence dans notre société, du **travail**, créateur de richesses... et de profits ?

Ou bien, au contraire, doit-on considérer le travail comme un **moyen** pour parvenir à une protection sociale de haut niveau ?

La FNIC-CGT opte pour la seconde option et rappelle ci-après ses revendications sur **les 3 grands risques sociaux** :

1. La Santé.

Les politiques menées depuis des décennies contre la Sécurité Sociale ont particulièrement visé sa branche «maladie», avec pour objectif d'en extirper le caractère universel, contraire aux notions de «marché» et de «clients» solvables.

1-1. Les mesures de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2011 visent quasi exclusivement à brider les dépenses, donc les prestations, pour éviter absolument toute hausse de cotisations patronales :

- ⊖ Plafonner l'augmentation des dépenses à +2,9% pour 2011 (puis + 2,8% pour 2012).

Alors que l'augmentation moyenne des 10 dernières années se situe à 4,8% par an, ce plafonnement, qui représente -2,4 milliards d'économie sur les dépenses annuelles de santé, est une attaque puissante contre la santé des citoyens.

- ⊖ Evacuer les dépenses de la Sécurité Sociale vers les complémentaires santé, à hauteur de 330 millions d'euros. On transfère donc des prestations universelles vers des services à la carte, payants ou réservés aux adhérents de mutuelles de grandes entreprises.
- ⊖ Exclure des maladies, comme le diabète non insulino-dépendant ou l'hypertension du champs des risques gratuitement couverts.
- ⊖ Pilonner la communication sur la lutte contre les fraudes (qui représentent 0,25% des remboursements) et sur une soi-disant inefficacité

du service hospitalier public face aux cliniques privées. Le transfert de la vérification des arrêts maladies du service médical de la Sécurité Sociale vers des médecins payés par les employeurs, comme la transformation récente de la médecine du travail pour la rendre plus servile, sont aussi de lourdes menaces.

1-2. La stratégie des complémentaires santé se combine parfaitement avec le démantèlement programmé de la branche maladie.

- ⊖ Organiser la **concentration** du secteur des mutuelles, en leur imposant de posséder des réserves financières énormes, ce qui rapproche leur gestion de celle des assureurs privés.
- ⊖ Proposer des soins à la carte. Le système PSM (priorité santé mutualiste), prôné par la Mutualité Française, propose des prestations à plusieurs vitesses remboursements, réseaux de cliniques) qui sont autant de «Sécurités Sociales d'entreprise». Quid de l'universalité des soins et du **droit** à la santé ?

1-3. Les revendications CGT

- 😊 **Réorganiser une offre de soins de proximité**, publique, en fonction des besoins de la population.

un enjeu de civilisation.

☺ **Reconquérir une Sécurité Sociale de haut niveau** qui couvre l'ensemble des dépenses de soins des assurés sociaux :

► **Régler définitivement la question des dépassements d'honoraires des médecins** par la mise en place d'un seul secteur conventionné.

► **Améliorer les remboursements et supprimer toutes les franchises** diverses qui sont sources d'inégalité, de complexité et d'opacité. Il faut revenir au système simple du seul tiers payant.

► **Mettre en place un dispositif** permettant à tous d'avoir une couverture maladie complète. Aujourd'hui 5 millions de personnes n'ont pas de mutuelle.

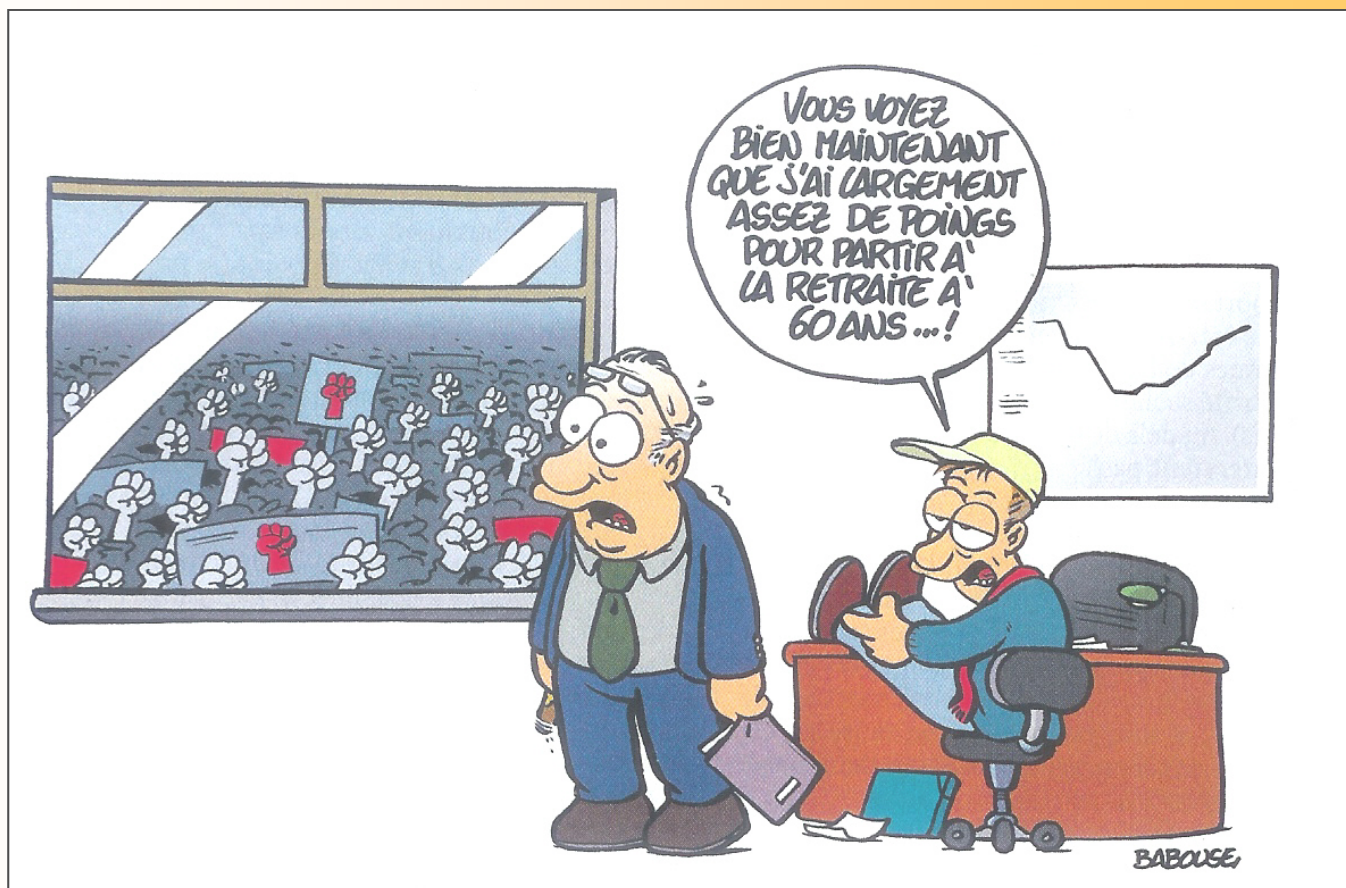
☺ **Remettre le service public au centre du système de santé**, bien commun de tous. La performance et la démocratie doivent être ses objectifs.

☺ **S'opposer à ce que l'argent des assurés sociaux et des mutualistes** permettent, à des groupes financiers de la santé privée, de reverser des dividendes colossaux à leurs actionnaires ; en mettant la recherche et la production pharmaceutique sous contrôle public.

☺ **Lancer un plan d'urgence emploi/ formation** pour répondre aux besoins de santé d'aujourd'hui et demain.

☺ **Assurer un financement durable de la protection sociale** par la recherche de recettes nouvelles. Mettre à contribution tous les revenus financiers, augmenter les cotisations sociales, c'est-à-dire augmenter le salaire socialisé.

☺ **Remettre de la démocratie sociale et citoyenne avec les assurés sociaux** qui financent, avec les représentants de la population dans les départements et régions pour trouver des réponses aux besoins. L'Etat doit agir pour garantir la cohésion du système sur l'ensemble du pays.



2. Vieillesse—Survie.



La loi du 10 novembre 2010, portant l'âge minimum de départ en retraite à 62 ans est, certes une manche gagnée par les patrons, mais à contre-courant de l'évolution imposée par le monde du travail depuis un siècle.

Alors qu'en 1910, l'espérance de vie d'un ouvrier était de 48 ans pour une retraite à 65 ans ; cette espérance de vie est aujourd'hui de 76 ans, soit 6 de moins que celle d'un cadre, selon l'INED. Cette conquête sociale (vivre une quinzaine d'années libérés des employeurs et des actionnaires) a été le résultat de progrès sanitaires, mais aussi de luttes sociales tant sur l'amélioration des conditions de travail que l'abaissement de l'âge de la retraite.

Du point de vue historique, ce progrès social, cette évolution émancipatrice se poursuivra forcément.

L'abaissement de l'âge de la retraite doit, dès maintenant, redevenir une revendication forte de la CGT :

- ☺ **Retraite à 60 ans, à taux plein, pour tous.**
- ☺ **Après 37,5 années de cotisations**, périodes d'études, de chômage, de précarité, de formation comprises.
- ☺ **Avec un montant de la retraite de 75% du salaire**, calculé sur les 10 meilleures années et revalorisé en fonction de l'évolution moyenne des salaires et non des prix.
- ☺ **Intégration de l'AGFF dans l'AGIRC et l'ARRCO**, qui doivent passer sous tutelle de la Sécurité Sociale.
- ☺ **Retraite anticipée pour travaux pénibles.**
- ☺ **Asseoir le financement sur la cotisation sociale.**
- ☺ **Pension de réversion de 75 %** de la pension du conjoint décédé.

Les milliards existent très largement pour satisfaire ces exigences, il nous revient d'imposer par l'expression du rapport de forces les choix politiques nécessaires à leur prise en compte.



RETRAITES

DES SOLUTIONS IL Y EN A !



3. Emploi—Chômage.

Les principes de la protection sociale, une assurance contre les risques sociaux de toute nature, ne s'appliquent plus s'agissant du risque «*chômage*». De 1945 à 1975 en gros, même avec des revers, on assiste à la véritable mise en place **d'un revenu de remplacement** pour les privés d'emploi, qui a caractère de salaire et financé par le salaire socialisé.

Depuis, le risque «*chômage*» n'est plus couvert de manière universelle, une minorité de chômeurs est indemnisée. Les employeurs, pourtant à l'origine du préjudice, n'en sont plus les financeurs majoritaires, remplacés par les contribuables. En matière de chômage, la couverture sociale a laissé la place à l'obligation d'emploi, avec un lien de plus en plus faible avec la reconnaissance de la qualification par le salaire.

Nos revendications

☺ **Mettre fin aux exonérations patronales** sur les cotisations sociales qui sont des exonérations de paiement du salaire socialisé.

☺ **Après 37,5 années de cotisations**, périodes d'études, de chômage, de précarité, de formation comprises.

☺ **Fusionner toutes les «aides», «revenus», «allocations»,** en une seule allocation de chômage, égale à 80% du dernier salaire ou du SMIC revendiqué, soit 1360 € minimum, financée par la cotisation sociale, dépendante de la Sécurité Sociale, et ceci dès 18 ans.

☺ **Adopter les 10 droits fondamentaux**, liés à la personne (voir encadrés)

☺ **Mener une autre politique industrielle**, répondant aux besoins de la population, des territoires.

☺ **Asseoir le financement sur la cotisation sociale.**

☺ **Interdire tout licenciement** pour les entreprises bénéficiaires.

Droit au travail

Travailler est une nécessité humaine, un vecteur social, une reconnaissance. Le travail doit permettre aux familles de vivre correctement de leurs revenus du travail.

Droit à la dignité

Le respect de la personne partout, l'égalité, le droit à la citoyenneté. L'accès aux moyens de paiement. La prise en compte de toutes les difficultés liées à la perte d'emploi.

Droit au logement

Première problématique pour les chômeurs, les précaires, les salariés. Aujourd'hui avoir un logement décent c'est pouvoir avoir des conditions de vie saine. La création d'un service public du logement est une nécessité que le maintien du livret A devrait aider.

Droit à la famille

Nous devons pouvoir avoir une famille, des enfants, être en capacité de les élever, avoir accès aux crèches, aux cantines scolaires, aux allocations familiales dès le 1er enfant. Permettre aux enfants d'avoir une scolarité gratuite de la crèche à l'université.

Droit à la santé

Pouvoir accéder gratuitement aux soins de santé sans condition de revenu, ni statut social, doit être reconnu pour tous. Abandon de toutes les franchises et taxes concernant la santé.
Se soigner ne doit pas être pensé en terme de rentabilité !

Droit à la culture

L'épanouissement individuel passe par l'accès à la culture, aux sports, aux activités physiques. Avoir le respect de la créativité et de ceux qui en vivent.

Droit au transport

Se déplacer est un besoin quotidien de la vie, notamment pour rechercher un emploi. Le transport doit être gratuit pour toutes les personnes à faible revenu.
L'accès au transport doit être possible et applicable à tous !

Droit aux vacances, aux loisirs

Pouvoir s'évader, se ressourcer, se libérer des contraintes de recherche d'emploi grâce au développement du tourisme social. Permettre l'accès aux colonies de vacances pour les enfants des salariés privés d'emploi, aux centres de loisirs.

Droit à la formation

Chacun a droit à une formation qualifiante et diplômante qui permette un emploi stable, choisi et bien rémunéré.

Droit à des moyens décents pour vivre.

Vivre c'est être en capacité de répondre à ses besoins, à ceux de sa famille quelle que soit sa situation.

Contribution essentielle

Et si découvrir et produire du gaz devenait indispensable pour satisfaire la demande mondiale en énergie ?



La demande mondiale de gaz naturel croît plus fortement que celle de toute autre énergie fossile. Précurseur dans la chaîne des métiers du GNL (gaz naturel liquéfié), Total a démarré en 2009 deux nouveaux projets majeurs de liquéfaction de gaz, au Yémen et au Qatar, qui le positionnent comme 2^e acteur mondial de la filière. D'autres projets sont à l'étude pour poursuivre cette croissance, notamment en Australie, en Russie ou encore au Nigeria. Parce qu'assurer les besoins énergétiques de la planète est une priorité. www.total.com

L'énergie est notre avenir, économisons-la !

Notre énergie est votre énergie



TOTAL