

Le droit à la santé et l'accès aux soins une revendication majeure

Le droit à la protection de la santé est un objectif à valeur constitutionnelle qui découle du Préambule de la Constitution de 1946. L'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946 prévoit que « [La Nation] *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.* »

La Sécurité sociale mise en œuvre par l'ordonnance du 4 octobre 1945 est « *la garantie donnée à chacun qu'en toutes circonstances il disposera des moyens nécessaires pour assurer sa subsistance et celle de sa famille dans des conditions décentes* ». Elle repose sur le principe de solidarité garantissant à chacun une protection financière contre les aléas de la vie.

L'UCR a décidé, avec les USR et UFR, d'engager une campagne sur le droit à la santé et l'accès aux soins pour toutes et tous les retraité·es.

Elle s'inscrit dans un processus de rencontre des retraité·es sur leurs lieux de vie, de débats, d'initiatives et d'actions à partir de leurs besoins, de leur vécu et des réalités territoriales.

En 2020, l'Office mondial de la santé indiquait que la France avait le meilleur système de santé, de protection sociale, aujourd'hui la situation s'est particulièrement dégradée et aggravée.

Les dépassements d'honoraires scandaleux, le doublement des franchises médicales, le manque de médecins, la fermeture de services hospitaliers et de lits, conséquences d'années d'austérité budgétaires et de libéralisation des services publics, accentuent les difficultés d'accès aux soins.

Difficultés encore plus importantes pour les retraité·es avec la mise en œuvre de priorité en fonction de l'âge (contraire à l'éthique des personnels de santé), le refus de prise en charge de certaines mesures de prévention passé 74 ans auxquels s'ajoute le niveau des restes à charge. Ce sont 1,6 millions de personnes qui ne se soignent pas et 700 000 retraité·es qui n'ont pas de mutuelle.

Depuis des décennies, les gouvernements successifs ont fait le choix de politiques publiques basées sur la baisse du coût du travail, la rentabilité, la réduction des dépenses publiques et l'introduction d'une logique de marchandisation de la santé. Celles-ci visent à rendre les citoyen·nes dont les retraité·es responsables de leur santé comme si elle était un bien de consommation.

La santé publique, les citoyen·nes et plus particulièrement les retraité·es sont en danger !

Dans un contexte de crise politique, sociale, économique et démocratique, appuyons-nous sur l'urgence d'augmenter le niveau des pensions de 10 % immédiatement, réaffirmons que la santé est un droit pour toutes et tous, que le financement de la Sécurité sociale doit reposer sur les cotisations sociales et exigeons l'arrêt des exonérations de cotisations sociales.

Cet argumentaire se veut être un outil pour le débat et la mobilisation des retraité·es. Faisons-le vivre durant cette année 2025 pour une reconquête de la Sécurité sociale.

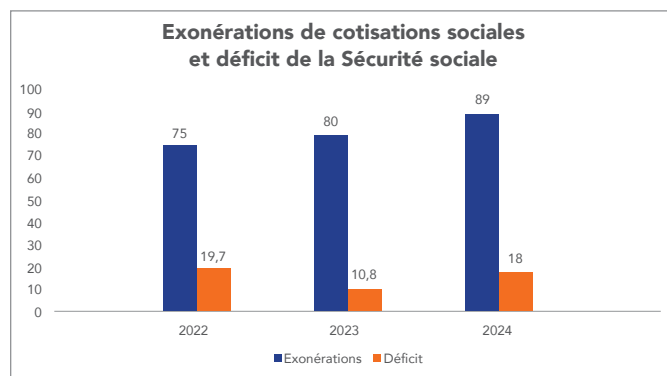
ÉTATS DES LIEUX

Ci-dessous quelques éléments statistiques non exhaustifs sur l'état de notre système de santé en termes de financement, de nombre d'établissements (public/privé), des capacités d'accueil, de nombre de médecins sur le territoire métropolitain.

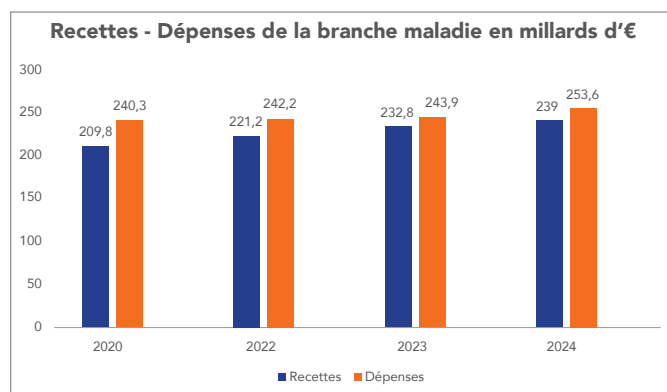
Certaines données notamment celles issues de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES – <https://drees.solidarites-sante-gouv.fr>) et du rapport du Conseil de l'ordre des médecins (<https://www.conseil-national.medecin.fr>) sont disponibles par départements et par spécialités médicales.

Elles démontrent la dérive vers la financiarisation de notre protection sociale, de la cotisation sociale vers l'impôt et les taxes ainsi que le manque de moyens tant en termes de structures de santé publiques que de médecins.

Il y a urgence à revenir sur une structure de recettes de la Sécurité sociale assise sur les cotisations sociales. Les multiples exonérations de cotisations sociales au niveau des entreprises ont permis de soutirer 686 milliards d'euros depuis 1992 à la Sécurité sociale. Les déficits de la sécurité sociale sont avant tout dû à un manque de recettes et non à des dépenses insensées !

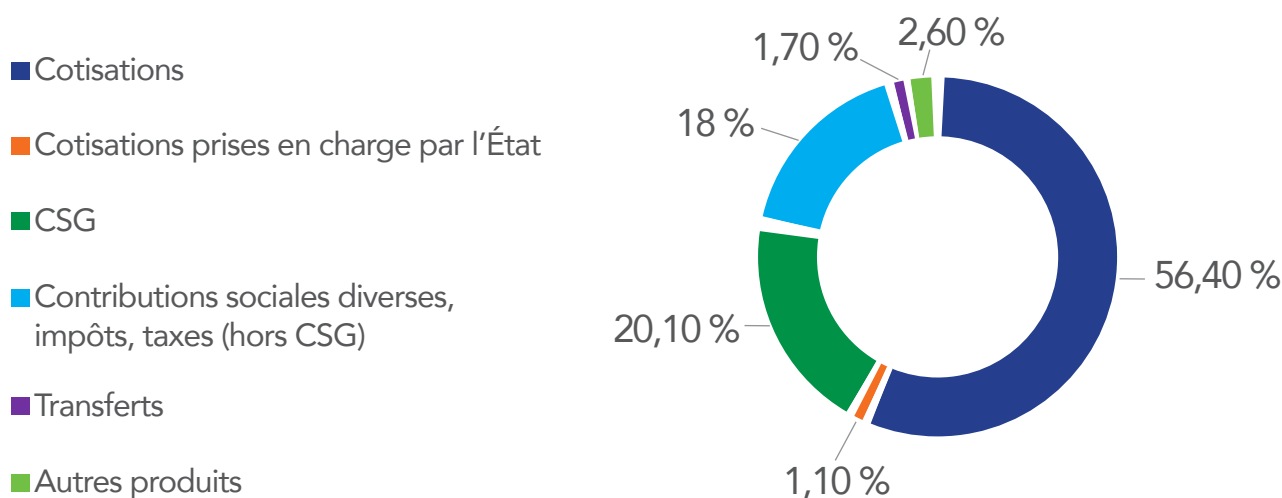


Données issues du dossier presse gouvernemental PLFSS 2025. Les données 2024 sont issues du budget prévisionnel de la Sécurité sociale.



Données issues du dossier presse gouvernemental PLFSS 2025. Les données 2024 sont issues du budget prévisionnel de la branche maladie.

Structure des recettes des régimes de base en 2023



Source Commission des comptes de la Sécurité sociale – mai 2024

La suppression du numérus clausus en 2020 ne permet toujours pas de former un nombre suffisant de médecin.

Il faut donc mettre les moyens nécessaires (financement public des universités, former plus de formatrices et formateurs, ...), démocratiser l'accès aux études de médecine, ouvrir plus d'universités de médecine, former plus de formatrices et formateurs et fixer à 15 000 le nombre d'étudiant-es formé-es en médecine.

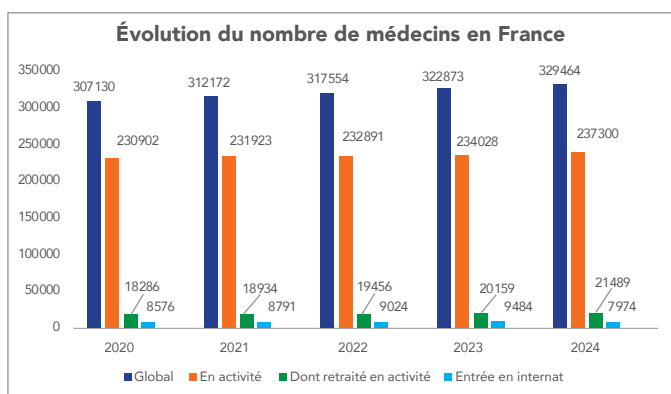
Alors que la pandémie du covid 19 a mis en exergue l'extrême fragilité du système sanitaire et social de notre pays, les politiques publiques destructrices demeurent.

C'est une casse méthodique du maillage territorial qui est à l'œuvre et qui fait que notre système de santé se situe au neuvième rang des pays de l'OCDE (Organisation de coopération et développement économique) à ce jour avec tout juste : six lits pour 1 000 habitants.

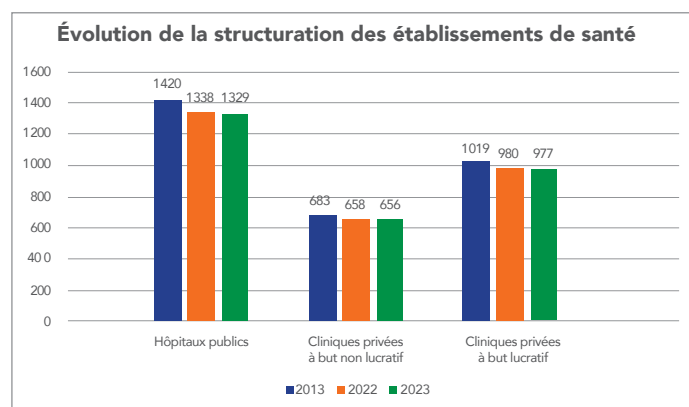
et établissement médicaux-sociaux publics se situe entre 2 % et 5 %.

Il est urgent de changer de logique pour garantir l'accès au système de soins pour toutes et tous.

Depuis 2013, le nombre de lits d'hospitalisation complète (plus d'une journée) a reculé de 43 500 unités avec une accélération depuis la crise sanitaire (Covid 19). En revanche, les capacités d'hospitalisation à domicile ont continué leur progression pour représenter fin 2022, 7,9 % des capacités d'hospitalisation (prise en charge de 23 000 patients) contre 2,1 % en 2006 (7 000 patients). Ce qui représente un transfert des charges vers les familles des patients et les aidants car dans le même temps, les effectifs des aides à domicile n'ont pas suivi la même tendance.



Source rapport du conseil de l'ordre des médecins 2024.



Source Drees.

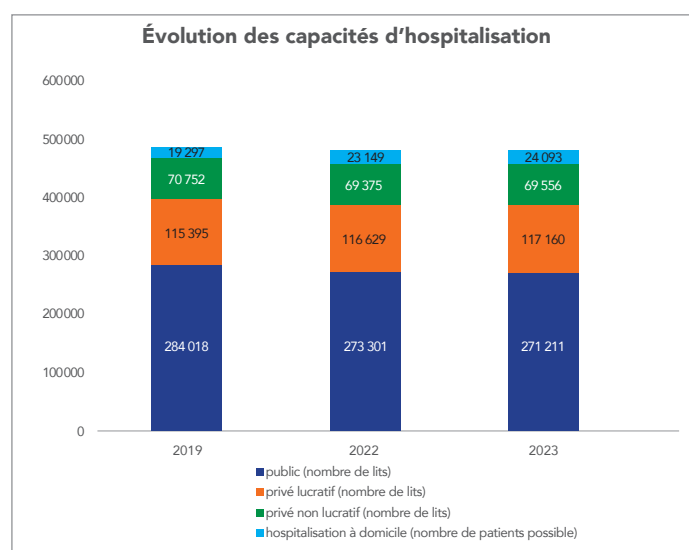


Source rapport du conseil de l'ordre des médecins 2024.

L'hôpital public est malade! Et rien n'est fait ou si peu pour améliorer la situation.

En raison de l'asphyxie financière, les hôpitaux se transforment en véritable centre de rentabilité avec pour conséquence des milliers de suppressions d'emploi et donc des fermetures de lits, de services.

Cela se traduit par une profonde dégradation des conditions de travail des personnels et des conditions d'accueil des patient-es. Le nombre d'arrêt maladie augmente, le taux de postes vacants au sein des hôpitaux



Source Drees.

LE COÛT DE LA SANTÉ POUR LES RETRAITÉ·ES

Les retraité·es subissent de réforme en réforme, une baisse de leur niveau de vie. Auparavant indexées sur le salaire moyen, les retraites sont, depuis 2003, indexées sur l'inflation. Or l'index utilisé pour mesurer cette dernière a augmenté depuis cette date de 35,2 %, selon l'Insee, quand le salaire moyen a, lui, progressé de 56 %. De plus l'inflation étant mesurée sur l'année écoulée, les pensions courent toujours après, sans jamais la rattraper !

Résultat: 2,9 millions de retraité·es, dont 74 % de femmes, perçoivent moins de 1 000 € par mois et plus de la moitié des 17 millions de retraité·es perçoivent une retraite inférieure au Smic actuel.

Un revenu inférieur à celui qu'elles et ils avaient en activité et des besoins spécifiques en hausse, c'est « la double peine » !

L'exemple le plus marquant est celui des dépenses de santé.

Alors que les mutuelles et assurances complémentaires augmentent leurs cotisations avec l'âge, que les franchises médicales ont doublé cette année pour les consultations, les examens médicaux, les médicaments, que les dépassements d'honoraires explosent, les ménages de retraité·es voient leurs dépenses de santé augmenter dans un budget familial de plus en plus contraint, par le coût du logement ou de son entretien, le coût de l'énergie, les assurances...

Selon la Drees, pour la classe d'âge supérieure à 66 ans, le Reste à charge (Rac) après remboursement de l'Assurance maladie et de l'organisme complémentaire, dépasse les 600 € par an. Pour cette même classe d'âge, les dépenses de santé atteignent plus de 2 500 € par an si on y ajoute le coût de la mutuelle ou complémentaire santé. Soit le double des dépenses de santé de la classe d'âge inférieure à 45 ans !

Dans ces conditions comment s'étonner que sur les 3 millions de personnes sans mutuelle, 700 000 soient des retraité·es !

C'est pourquoi la CGT revendique :

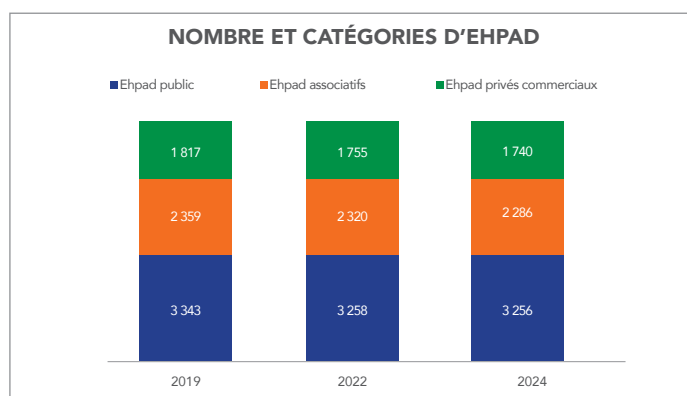
- Une augmentation immédiate de 10 % des pensions ;
- Une revalorisation des retraites indexée sur l'évolution du salaire moyen ;
- La suppression des franchises, forfaits, dépassements d'honoraires... ;
- Une réforme du financement de la Sécurité sociale, assis sur les cotisations sociales ainsi que l'arrêt des exonérations patronales.

PERTE D'AUTONOMIE

La situation actuelle est inadmissible. De multiples rapports et témoignages depuis des années – bien avant l'affaire Orpéa - l'attestent. Nombre d'entre eux demandent des embauches pas très éloignées des nôtres (200 000 en Ehpad, 100 000 à domicile)

Les besoins vont augmenter considérablement dans les prochaines années avec l'arrivée aux grands âges des « baby-boomers ». Il y avait besoin d'anticiper (établissements publics et non lucratifs « du XXI^e siècle », ouverts sur la ville, maintien à domicile, embauches...)

Il y a de plus en plus d'urgence à agir.



En 2018, E. Macron avait promis une loi « grand âge ».

Pour la financer, il était envisagé de profiter de la fin du remboursement de la dette sociale en 2024 (CRDS: environ 18 Mds par an, davantage que ce qu'il faut pour la perte d'autonomie).

Puis revirement avec une double attaque par les lois du 7 août 2020.

1. Macron affecte le Covid, la reprise d'une partie de la dette des hôpitaux, les « déficits »... à la dette sociale. Il prolonge son remboursement jusqu'en 2033. Le financement de la loi de programmation à la hauteur nécessaire disparaît.

Il n'y a aucune obligation de vouloir rembourser la totalité de la dette sociale: on ne le fait pas pour le reste de la dette de la France, ce qui est d'ailleurs impossible.

2. Macron crée la « 5^e branche », dite de la Sécurité sociale, mais confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), avec financement et gouvernance en rupture totale avec les fondamentaux de la Sécurité sociale.

L'exigence d'une loi de programmation, une exigence contournée.

C'est une exigence quasi unanime aussi bien du patronat que des syndicats de salarié·es, des associations de retraité·es...

La macronie, sous pression, rédige la PPL **bâtir la société du bien vieillir en France**, dont les mesures ne coûtent rien ou presque et ne répondent pas aux enjeux.

Elle vise à ce que la personne en perte d'autonomie reste citoyenne à part entière, ne soit pas victime d'isolement dans son domicile, de maltraitance... Objectifs nécessaires, mais la source de la maltraitance institutionnelle par manque de personnels, d'investissements suffisants n'est pas traitée faute de moyens.

Comme Orpéa et Korian (qui ont changé de nom), on travaille aussi sur le changement de vocabulaire entre autres le terme Ehpad, repoussoir pour les familles comme les résident-es.

La PPL bien vieillir n'empêche pas Macron de se déjuger une nouvelle fois. Dans le PLFSS 2023, il proposait 50 000 embauches d'ici 2027. Insuffisant! Dans le PLFSS 2024, cette mesure est reportée à 2030.

2/3 des établissements sont en déficit en 2023.

Il s'agit essentiellement des établissements publics et non lucratifs. Le privé ayant une liberté tarifaire voit seulement son résultat diminuer (taux d'occupation, inflation), ce qui suffit à le mobiliser pour réclamer de l'argent public.



La CGT exige une loi de programmation avec les moyens nécessaires.

Si beaucoup réclame cette loi, cette unanimité apparente cache des intérêts divergents. Nous n'avons rien de commun avec les fédérations patronales dont le but est d'augmenter leurs profits avec de l'argent public ou de la Sécurité sociale.

Nous voulons notamment que la perte d'autonomie soit prise en charge dans la branche maladie de la Sécurité sociale et donc la suppression de la 5^e branche de la Sécurité sociale.

Nous voulons un grand service public de l'autonomie, en établissement comme à domicile, seul à même de répondre aux insupportables inégalités entre territoires, de fournir un service de qualité. Le maintien à domicile des patients ne peut reposer exclusivement sur les proches « aidants ».

De nombreuses pistes de financement sont dans le débat, autant de lignes rouges pour la CGT.

Dans le contexte politique nombre d'organisation, pas seulement patronales, des dirigeants politiques, le Sénat, actent qu'un financement accru par la Sécurité sociale ou les départements est exclu. Ce sera donc à la population de payer.

- Une assurance dépendance obligatoire soutenue par France assureurs (la plupart des multinationales comme Axa, Generali, et des grandes mutuelles...), le Sénat...
- L'appel aux familles.
- Une 2^e journée de « solidarité »
- Des tarifs fonction des revenus.
- L'augmentation de la CSG.

S'y ajoute pour toutes et tous, mais plus sensible pour les personnes âgées, la menace contre le 100 % des affections longue durée, l'augmentation des franchises et la prise en charge médicale en mode de plus en plus dégradé.

Alors que les gouvernements successifs connaissent la situation qui ne cesse de se détériorer, ils repoussent la loi de programmation de financement.

Pour la perte d'autonomie, que ce soit en établissement ou à domicile, une prise en charge correcte, notamment des personnes ayant une perte d'autonomie sévère, à des coûts voisins de ceux des établissements, il faut des mesures, des personnels formés.

Se pose aussi la question du rôle des aidant-es, de leur santé. Sachant que le rôle des aidant-es et/ou celui de la famille ne doit pas se substituer à la prise en charge par des personnels formés et rémunérés correctement.

PERTE D'AUTONOMIE ET LOGEMENT : DES DROITS À TRAVAILLER DANS TOUTES LEURS DIMENSIONS

Défendre le droit et l'accès à la santé, c'est aussi revendiquer en premier lieu un toit adapté à la situation de l'occupant·e. Ce qui nécessite le développement de l'habitat intergénérationnel, accessible aux personnes à mobilité réduite ainsi que des moyens et des aides pour adapter les logements à la perte de mobilité.

Cela nécessite un travail syndical actif·ve/retraité·e auprès des collectivités territoriales, des bailleurs, des pouvoirs publics dans le cadre de l'utilisation des fonds du livret A pour le logement mais aussi dans les entreprises au sein des CSE et des commissions information et d'aide au logement (commission obligatoire), en revendiquant des affectations prioritaires de la Participation des employeurs à l'effort de construction (minimum de 0,45 % de la masse salariale pour les entreprises de plus de 50 salarié·es).

LA PRÉVENTION, UN ENJEU DE LA SANTÉ INTEMPOREL

La prévention est, selon l'OMS en 1948, « l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

Si la promotion de la santé consiste à donner aux individus une meilleure maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer, mais aussi à pourvoir aux améliorations collectives, probablement les trois dernières décennies ont-elles marqué un changement d'échelle important.

L'établissement du système de Sécurité sociale, a ouvert la voie, au cours d'une période de forte expansion économique, à une généralisation de la promotion de la santé dans tous les milieux et dans tous les domaines de la vie quotidienne, professionnelle et familiale, ce qui ne signifie pas que ses objectifs, par définition évolutifs, aient été atteints.

La prévention de la santé au travail est déterminante pour l'efficacité d'une politique de santé publique.

Les actions de prévention des risques professionnels doivent participer activement à l'amélioration des conditions de travail mais aussi participer à la lutte contre la désinsertion professionnelle.

Partir à la retraite en bonne santé doit s'inscrire dans le

développement de la prévention des risques sanitaires et le dépistage, dans le cadre d'un suivi médical systématique et gratuit pour toutes et tous et à tous les âges de la vie, avec un bilan de santé lors du départ à la retraite et périodiquement.

La remise du dossier médical détenu par la médecine du travail, ainsi que toutes les informations concernant le suivi post-professionnel.

Un bilan spécifique effectué tous les deux ans permettant d'appréhender le processus de vieillissement et prendre des mesures de prévention nécessaires.

Développer le suivi médical post-professionnel avec dans chaque département, des lieux d'accueil de bilan de santé en nombre suffisant et dotés des moyens nécessaires : en amont, une véritable reconnaissance des facteurs de risques liés au travail et son environnement ainsi qu'un système d'information permettant leur traçabilité jusqu'à la retraite, en aval, la prise en compte des risques encourus et la prise en charge des maladies liées au travail et le dépistage des maladies qui risquent de surgir en tenant compte des conséquences de l'activité professionnelle exercée.

La réparation intégrale pour les victimes du travail : La cour de cassation dans sa décision du 6 juillet 2023, confirme le principe de la réparation intégrale, c'est à dire qu'elle valide l'indemnisation de la perte de gains professionnels actuels mais aussi la perte de gains futurs et considère donc qu'une pension d'invalidité « ne répare pas totalement le déficit fonctionnel permanent ».

Les retraité·es sont les plus impacté·es par les altérations physiques ou psychiques liées au travail. Elles et ils ont été souvent contraint·es à cesser de travailler, parfois très jeunes. Par ailleurs, elles et ils sont régulièrement victimes de maladies à grande latence comme les cancers professionnels. D'ailleurs, il existe un dispositif, certes insuffisant, d'indemnisation pour les victimes de l'amiante.

Il faut lutter pour que des mesures de prévention soient mises en œuvre pendant l'activité professionnelle mais aussi que toutes les victimes soient indemnisées. Indemnités qui devront être conséquentes pour obliger les employeurs à agir et espérer un effet de levier et ainsi obtenir une meilleure prévention déjà exigible !

Les retraité·es sont les parents pauvres de la prévention

Aujourd'hui, l'Assurance Maladie propose des dispositifs « Mon bilan prévention » entre 60 et 65 ans et entre 70 et 75 ans. Un seul bilan de prévention pourra être réalisé pendant ces cinq années.

Mais passés 75 ans, les personnes ne rentrent plus dans les dispositifs de prévention et de détection des cancers (colorectal, seins, utérus, peau, ...)

La CGT revendique de sortir d'une approche de santé centrée sur le curatif pour développer une véritable politique de prévention, d'éducation et d'information à la santé.

Ce rôle pourrait être dévolu aux organismes de protection

sociale complémentaire (mutuelles et institutions de prévoyance) à l'appui de son important réseau de service de soins et d'accompagnement. Ils retrouveraient ainsi leur rôle originel qui, au fil du temps, a été dévoyé pour assurer une partie des prérogatives de la Sécurité sociale.

Les services de prévention pourraient ainsi être renforcés tout en gardant leurs spécificités pour couvrir l'ensemble de la population: services de protection maternelle et infantile, de médecine scolaire, centres d'examen de santé de la Sécurité sociale, de vaccination, services de santé au travail, psychiatrie de secteur...

La prévention passe aussi par « la santé dans l'assiette » « que ton aliment soit ta médecine », disait Hippocrate. Exigeons la qualité de notre alimentation accessible à toutes et tous.

Ces questions de prévention pour « bien vivre et bien vieillir » doivent s'inscrire dans nos échanges, dans nos débats, pour porter efficacement nos revendications dans les cahiers revendicatifs locaux.

LES CENTRES DE SANTÉ PUBLICS: UNE SOLUTION D'AVENIR

7 millions de personnes dont 700 000 en affection longue durée n'ont pas de médecin traitant.

1,6 millions de personnes renoncent, chaque année, à des soins faute de médecins ou trop éloignés du domicile.

Les inégalités sociales de santé sont incontestables. Aujourd'hui se soigner coûte de plus en plus cher.

Les centres de santé publics inspirés des dispensaires portés par la Sécurité sociale au sein des caisses primaires pourraient être la solution pour permettre à chacune et chacun de se soigner sans avoir à faire des dizaines de kilomètres et payer des dépassements d'honoraires toujours plus élevés.

Ils pourraient être rattachés à des hôpitaux publics, au mouvement mutualiste, à des collectivités. Les médecins travailleraient en équipe, fonctionneraient en réseau avec les hôpitaux, les Ehpad, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), pour garantir la permanence des soins et disposer de plateaux techniques (radiologie, biologie...)

Dans notre proposition, hôpital public et médecine de ville ne seraient pas indépendants l'un de l'autre et se coordonneraient pour maintenir la continuité des soins

dans un cadre public. Il permettrait aux personnels médicaux d'avoir une meilleure qualité de vie et de réduire leur temps de travail.

Le principe d'intégration est le fondement de notre proposition, intégration de la médecine de ville et de l'hôpital dans le cadre d'un service public de santé décliné territorialement.

Ils seraient aux antipodes des centres médicaux privés offrant un service marchand ouvert aux investisseurs financiers avides de rentabilité qui fleurissent dans nos villes.

POURQUOI CONSTRUIRE UN CAHIER REVENDICATIF TERRITORIAL SUR LA SANTÉ

Aujourd'hui, nous ne sommes pas toutes et tous égaux devant la santé: suivant nos revenus et nos lieux d'habitation.

Nous souffrons toutes et tous de la dégradation que nous habitons dans une zone urbaine ou dans un territoire rural.

Nous constatons de façon générale, une accélération des difficultés à se soigner qui est plus importante dans la ruralité. Manque de médecin traitant (avec des patientèles variant de 2500 à 3500 par praticien), allongement des délais de rendez-vous, éloignement des spécialistes, augmentation des forfaits sur des actes, sur les médicaments, création de nouveaux forfaits tel le Forfait urgence patients (FUP).

Ce qui conduit, aujourd'hui, pour un sondage Ipsos réalisé pour la Fédération hospitalière française à ce que 60 % de la population française doit renoncer aux soins. C'est 5 points de plus qu'en 2019.

Si cette situation générale est de plus en plus connue, à la CGT nous avons une réponse globale à travers nos fiches revendicatives pas toujours connues de toutes et tous.

Mais, aujourd'hui, pour répondre à l'urgence de la situation, nous nous devons de construire les cahiers revendicatifs territoriaux parce que chaque territoire a ses particularités.

Dans certains territoires, la médecine privée a pris le pas sur la médecine publique. Là les habitants.es ont à faire face à un double phénomène: la casse du service public qui se poursuit et la santé prise comme une marchandise par le privé et donc l'abandon de tous les secteurs jugés non rentables.



USR, UFR, CONSTRUISONS ENSEMBLE DES REVENDICATIONS :

ALLER À LA RENCONTRE de nos syndiqué·es retraité·es lors des réunions de nos sections syndicales.

ORGANISER DES DÉBATS lors de nos assemblées générales.

ALLER À LA RENCONTRE des retraité·es et des salarié·es de nos territoires au travers de questionnaires, voire de débats.

CONSTRUIRE LES REVENDICATIONS et montrer leur financement.

AVOIR UNE DÉMARCHE envers les professionnels de santé.

TRAVAILLER AVEC L'ENSEMBLE DES SYNDICATS, UL, UD

INTERPELLER les ARS et les préfets pour exiger d'autres choix et une autre utilisation de l'argent dans nos départements.

**Nos démarches locales,
territoriales contribuent
à nourrir, à amplifier
le processus revendicatif
national.**