



8 Place Malus
18000 Bourges
Tél : 02 48 21 24 79
cgt.ud.cher@wanadoo.fr
[site : www.udcgt18.fr](http://www.udcgt18.fr)

SECURITE SOCIALE, DESTRUCTION ORGANISEE

La CPAM du Cher, lors du dernier conseil, a dévoilé aux administrateurs les nouvelles stratégies qui vont être mises en place, afin de répondre aux injonctions patronales et gouvernementales de restriction drastique des dépenses d'assurance maladie. Ces annonces se font alors même que le PLFSS est actuellement débattu à l'Assemblée Nationale.

Pour rappel, avant sa chute, le gouvernement Bayrou prévoyait déjà la publication de plusieurs décrets :

- Sur le doublement des franchises médicales et des participations forfaitaires,
- Sur une restriction de l'Aide Médicale d'Etat (AME),
- Sur le déremboursement partiel des cures thermales (14 millions de patients reconnus en affection de longue durée concernés).



La mobilisation de certains conseillers CNAM (intersyndicale et associations) avait permis la non-publication de ces décrets.

Présentation du rapport « charges et produits » lors du dernier Conseil :

Un impératif : « solder le stock et empêcher l'aggravation du déficit »

Face au vieillissement de la population et à la hausse des pathologies chroniques, le déficit attendu est de 41 milliards d'ici 2030. Alors qu'un assuré moyen « coûterait » environ 2980 euros, l'assuré reconnu en ALD (affection longue durée) coûterait environ 9560 euros. On comprend pourquoi le dispositif des ALD est lourdement menacé. De ces constats est né l'impératif : « A l'horizon 2030, bâtir un système de santé préventif conciliant efficience des parcours et soutenabilité des prises en charge » :

Pour cela, la caisse du Cher a identifié 4 axes de travail :

- La prévention : renforcer la prévention dans toutes ses dimensions

Il est notamment prévu :

- D'interdire les dépassements d'honoraires pour les actes en lien avec les dépistages organisés (mammographie, échographie mammaire et coloscopie) ;
- D'activer la prévention personnalisée dans Mon Espace Santé en mobilisant les données de l'Assurance Maladie (lesquelles permettent de suivre la consommation de soins de l'assuré, sous réserve de son accord).

A ce jour, les caisses primaires n'ont aucun pouvoir d'empêcher les dépassements d'honoraires. Alors que la population n'a plus accès à des soins de base, prétendre faire de la prévention quand on n'a plus accès à un généraliste, un dentiste, un médecin du travail et scolaire relève d'une simple stratégie de communication.

- Parcours de soins et qualité de la prise en charge :
 - Organiser le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques ;
 - Faire de l'hôpital un lieu de soins spécialisé ;
 - Lancer un Observatoire des professionnels de santé pour anticiper les besoins à 10 – 20 – 30 ans pour adapter en conséquence les besoins de formation par territoire et pour chaque profession de santé ;

- Favoriser autant que possible le domicile et les structures intermédiaires (habitats inclusifs), avec différents acteurs du domicile (IDEL, SSIAD, SAAD, HAD) et médicaliser les EHPAD pour éviter les allers retours hôpital.

Là aussi, on ne peut qu'être critique sur ces annonces.

Tout d'abord, l'hôpital est déjà un lieu de soins spécialisés mais dont les spécialistes, de plus en plus rares, quittent l'hospitalier pour rejoindre le privé lucratif. Les caisses n'ont aucun pouvoir sur les recrutements et départs de médecins hospitaliers, ni sur la régulation de leur installation, ni sur les capacités de formation.

S'agissant de l'observatoire, toutes les caisses disposent des données nécessaires à l'analyse de la situation.

Au 1^{er} juillet 2025, le Cher compte 314 médecins libéraux dont 165 spécialistes. 10 cessations d'activité ont été enregistrées depuis le début de l'année pour les généralistes contre seulement 1 installation à Menetou-Salon. 224 des médecins du Cher sont installés à Bourges. Pour les spécialistes, 9 cessations ont été enregistrées pour 6 installations. Nous n'avons pas la répartition par spécialités.

En 2024 nous avons une moyenne de 104 médecins pour 100 000 habitants dans le Cher quand la moyenne régionale est à 137/100 000. En région PACA, c'est 427,7 médecins pour 100 000 habitants.



Toutes les structures favorisant le maintien à domicile rencontrent les mêmes problématiques que celles de l'hôpital public : conditions de travail très dégradées, manque de personnel, déqualification des métiers et faiblesse des salaires. De nombreuses structures publiques avec des personnels sous statut ferment ou réduisent leur capacité d'accueil, au profit du privé lucratif et non lucratif (associatif).

Médicaliser les EHPAD est impossible au regard du bâti de ces structures, de l'impossibilité de recruter des personnels qualifiés (médecins, infirmières, aides-soignantes, kinésithérapeutes...).

Les caisses n'ont aucune capacité d'action en la matière pour instaurer ces préconisations, de plus il faudrait une loi de finances de la sécurité sociale à hauteur des enjeux. Au regard de l'instabilité politique et des plans de rigueur qui nous sont imposés à coup de 49-3 depuis plusieurs années, on voit bien que ces mesures sont impossibles à mettre en œuvre.

- Payer le juste soin au juste prix :

- *Elargir le champ d'action de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre la fraude (nomadisme médical...).*
- *Revoir la politique de tarifs excessifs sur les médicaments anti-cancéreux, réinterroger le remboursement de certains médicaments anti-cancéreux ne présentant aucun résultat probant*
- *Faciliter les contrôles de la bonne exécution des prescriptions*
- *Garantir une rentabilité dans le secteur de la santé compatible et cohérente entre les acteurs*
- *Assurer la qualité et la pertinence des soins en assurant tous les leviers disponibles (numérique, financier...) sur l'ensemble des prescriptions en ville comme à l'hôpital*
- *Transparence du prix de la santé pour une mobilisation et responsabilisation générale.*

- Remettre l'Assurance Maladie à l'équilibre :

- *Construire une trajectoire financière visant à ne pas aggraver le déficit grâce à des dynamiques de recettes et de dépenses symétriques, ce qui nécessite d'activer 3 leviers : la maîtrise des dépenses, l'accélération des recettes, stabilisation de la couverture assurance maladie obligatoire/Assurance maladie complémentaire, de solder les 16 millions de déficit en stock.*
- *Réunir l'ensemble des parties prenantes afin de déterminer les modalités de la participation financière des patients et de l'intervention des organismes complémentaires pour stabiliser la part financée par l'AMO à 80 %.*
- *Rehausser le plafond de la complémentaire santé solidaire pour que tous les assurés dont les revenus sont en dessous du seuil de pauvreté y soient éligibles.*

Les 2 derniers axes de travail développés sont déjà mis à exécution localement. Au-delà du fait que les caisses développent des moyens importants, humains et numériques, centrés sur la lutte contre la fraude. Il s'agit sur le fond de remettre en cause les droits des assurés en :

responsabilisant l'usager considéré comme un consommateur de soins ; en effectuant des contrôles permanents sur les médecins prescripteurs de soins et d'arrêts de travail ; en déremboursant certains traitements jugés inutiles, en augmentant la rentabilité par l'activité à l'acte, en réduisant la participation du régime général par un transfert des « coûts » vers l'usager par le biais des mutuelles et assurances.

Toutes ces mesures pourront désormais être facilement mises en application, notamment grâce au projet TAM.

Le projet Transformation de l'Assurance Maladie (TAM) :

Ce projet porte malheureusement bien son nom. Les camarades de la CNAM ont ainsi écrit : **« Alors que la Sécurité Sociale fête ses 80 ans une part de celle-ci est supprimée. »**

Le Conseil Constitutionnel avait pourtant censuré l'article 51 de la LFSS 2025 qui visait à réorganiser le Service de Contrôle Médical (SCM), en l'intégrant aux caisses locales. Ce projet a été maintenu, et ce malgré l'opposition ferme des organisations syndicales. Le CSE central du Service de Contrôle Médical où la CGT était majoritaire s'est toujours opposé. Les syndicats CGT des SCM ont de fait été dissous. Le CSE-Central du SCM offrait un lieu commun d'expression à 15 % des agents de l'Assurance Maladie ayant des statuts, des métiers et des niveaux très différents. L'intégration de ces salariés dans les caisses locales est complexe, un protocole d'intégration national est aujourd'hui décliné dans chaque département. Localement, le CSE de la caisse a voté contre au regard des incertitudes. La CGT a dénoncé le passage en force de la CNAM et de l'UCANSS (Union des Caisses Nationales de Sécurité Sociale).



Jusqu'ici, les praticiens-conseil bénéficiaient d'une autonomie décisionnelle depuis les ordonnances de 1968 instaurant la nécessaire séparation entre les contrôleurs et les payeurs. Cette organisation garantissait une évaluation médicale indépendante (invalidité, arrêts de travail et date de consolidation, transport sanitaire...).

Sur le site de l'assurance maladie est écrit que le médecin-conseil est *« Acteur de l'amélioration du système de santé, le médecin-conseil mène différentes missions dans le cadre de la stratégie nationale de santé et du plan de maîtrise médicalisée des dépenses de santé tant en ville qu'en établissement de soins. A cet effet, il accompagne les professionnels de santé en ville et à l'hôpital ainsi que les assurés dans*

l'évolution des pratiques en faveur du développement de la prévention et de l'amélioration de la pertinence des prises en charge. Il soutient également la structuration des soins dans les territoires en accompagnant la prise en charge coordonnée des patients par les acteurs de santé. Il conduit enfin des actions de contrôle spécifiques pour lutter contre les abus, les fraudes et les pratiques abusives ».

L'intégration de ce service aux caisses induit de fait une remise en cause de cette indépendance. Malgré les prétentions des directeurs, le financeur devient aussi le contrôleur des décisions médicales. On peut dès lors supposer que les médecins-conseil, placés sous l'autorité directe des directions de caisses, seront soumis à des objectifs de rentabilité, surtout dans le contexte austéritaire actuel. Nous devons nous interroger sur les impacts à long terme, notamment sur les voies de recours des usagers en cas de contestation. On peut légitimement supposer que les commissions de recours amiable vont se voir déposséder de leurs prérogatives. Il sera encore plus difficile pour les assurés de contester des décisions potentiellement arbitraires des médecins conseils.

L'Association Nationale de Défense des Victimes de l'Amiante et autres maladies professionnelles (Andeva) alerte, dans son communiqué du 21 octobre dernier, sur l'article 39 du PLFSS qui va de fait entraîner une augmentation de nombre de rejets des reconnaissances de maladies professionnelles, dans un système déjà complexe et décourageant pour les victimes. Les médecins-conseil vont être en charge des missions d'expertises qui incombaient jusque-là aux cabinets C2RMP (comité composé de 3 médecins : un médecin inspecteur du travail, un médecin universitaire ou praticien hospitalier qualifié en pathologie professionnelle, un médecin conseil régional).

Il est évident que cette intégration était indispensable pour l'application des directives gouvernementales, même si au sein des caisses, les médecins-conseil crient haut et fort que rien n'entravera ni leurs décisions, ni la protection des données et le secret médical.

Nous avons déjà une expérience sur la mise sous tutelle administrative des médecins, notamment dans l'hospitalier avec la réforme de 2008, confiant le tout pouvoir au directeur. Les chefs de pôles (médecins chefs), désignés par les directeurs, sont aujourd'hui tous soumis à des objectifs de rentabilité sur l'activité (tarification à l'acte) ainsi que sur les durées moyennes de séjours (qui doivent être les plus courtes possible). Les médecins qui n'entrent pas dans le rang se voient retirer leurs responsabilités administratives.

CONCLUSION

Au 21 octobre, le budget de la LFSS de Lecornu prévoit le doublement des montants et plafonds annuels et journaliers des franchises médicales et participations forfaitaires (chez le médecin généraliste les franchises vont passer de 2 à 4 euros, le plafond annuel des franchises médicales passerait de 50^e à 100^e, et de 100^e à 200^e pour les participations forfaitaires). Les consultations dentaires, lunettes et pansements vont également être soumis à des participations forfaitaires des assurés.

Le gouvernement vise 7 milliards d'économie sur la santé notamment en :

- Instaurant une taxe sur les mutuelles
- En soumettant à l'impôt les indemnités journalières sur les malades reconnus en ALD
- En limitant la durée des arrêts de travail prescrits en ville à 15 jours, 1 mois pour ceux prescrits à l'hôpital
- En supprimant l'examen de reprise du travail après un congé maternité qui était jusque-là obligatoire

Les patients reconnus en affection longue durée vont être les plus impactés financièrement. Ces assurés sont poussés vers la sortie des d'ALD soit par les dispositifs d'invalidité, soit vers les MDPH, ou encore avec des mises en retraite anticipées.

Pour les établissements de santé, dans un communiqué commun les fédérations des établissements publics (FHF), associatifs (FEHAP), privés (PHP), des centres anti-cancer (Unicancer), et de l'hospitalisation à domicile (FNEHAD), dénoncent « *la pire cure d'économie* » et une enveloppe « *historiquement basse* ». Concrètement, plus d'un milliard manquera aux établissements de santé, soit l'équivalent de 20 000 postes d'infirmiers pour répondre aux besoins de santé.

Aujourd'hui le débat sur la retraite à points et par capitalisation est de nouveau sur la table, avec le concours de la CFDT.

Toutes ces mesures seraient le prix inéluctable collectif à payer, au nom de l'économie de guerre, au nom de la dette publique, quand la dette privée n'est jamais remise en cause.

La France prévoit aujourd'hui d'emprunter 310 milliards sur les marchés de capitaux, nous soumettant encore plus aux doctrines des prêteurs.

Pour rappel, 275 milliards d'euros d'aides publiques (a minima) sont offerts au patronat chaque année, dont 80 milliards d'exonérations de cotisations sociales (URSAFF, 2023).

Le rapport du sénat de juillet dernier explique que : « *en cumulé, ces allègements successifs ont abouti à ce que la part des cotisations sociales sur un salaire au niveau du SMIC soit de l'ordre de 6,9% aujourd'hui, contre 42,6% en 1991...* Le rapport précise que : « *il existe 1,7 milliard de combinaisons de barèmes possibles, il existe en particulier 3066 définitions différentes de l'assiette des cotisations sociales, et 18 barèmes d'allègements de cotisations, dont la pente varie* ».



L'enjeu actuel doit donc se situer sur l'augmentation des salaires, des cotisations, et l'évidente fin de tous ces dispositifs qui ne font que nourrir le profit.

La Sécurité Sociale n'est pas, et ne doit pas être résumée à un simple outil de juste répartition, de charité, ou encore de solidarité. **Elle est une institution à part entière qui donne aux producteurs de valeur un pouvoir politique et économique en assurant la continuité du salaire indépendant du contrat du travail et du "marché du travail".**

Pour autant, au regard des attaques incessantes du patronat, il faut se réapproprier sa gestion pleine et entière, indépendamment d'un Etat soumis au capital. Les attaques que nous subissons ne sont que le résultat d'une lutte de classe acharnée de la bourgeoisie contre la population, les producteurs, et l'intérêt général.

Florie GAETA – Membre du Conseil de la CPAM du Cher